صفوت فرج

# علم النفس الإكلينيكى

مكتبة الأنجلو المصرية

# علم النفس الإكلينيكى





# علم النفس الإكلينيكي

دكتور

صفوت فرج

قسم علم النفس - جامعة القاهرة

مكتبة الأنجلو المصرية

## بطاقة فهرسة

فهرسة أثناء النشر إعداد الهيئة المصرية العامة لدار الكتب والوثائق القومية ، إدارة الشئون الفنية .

---

فرج ، صفوت .

علم النفس الاكلينيكى / تاليف : صفوت فرج . ـ ط١. ـ القاهرة : مكتبة الانجلو المصرية ، ٢٠٠٨.

٤٠٠ ص ، ١٧× ٢٤ سم

١ـ علم النفس العلاجى

أ ـ العنوان

رقم الإيداع : ١٣١١١

ردمك :٩٧٧ـ٠٥ـ٢٥٥٨ـ٨ـ     تصنيف ديوى : ١٥٧,٩

المطبعة : محمد عبد الكريم حسان

تصميم غلاف : ماستر جرافيك

الناشر: مكتبة الانجلو المصرية

١٦٥ شارع محمد فريد

القاهرة ـ جمهورية مصر العربية

ت : ٢٣٩١٤٣٣٧ (٢٠٢) ؛ ف : ٢٣٩٥٧٦٤٣ (٢٠٢)

---

E-mail : angloebs@anglo-egyptian.com

Website : www.anglo-egyptian.com

# إهـــداء

إلى شريف وشيرين ودينا

أصحاب الفضل فى بقاء البسمة فى

عينى فى هذا الزمن العصيب

## مقدمـة

يتوفر فى العربية عدد لا بأس به من الكتب فى علم النفس الإكلينيكى يحيط أغلبها بالقضايا الرئيسة فى هذا التخصص التطبيقى المهم من تخصصات علم النفس، والتشابه كبير بين هذه المصادر فى الموضوعات التى تتناولها والمناحى التى تعرض من خلالها المادة العلمية ، ولا يعد صدور كتاب جديد فى هذا التخصص إضافة فى ذاته ، مالم يكن يختط منحى مختلفا ويتناول قضايا لم ترد فى هذه المصادر أو أهملت لسبب أو لآخر .

وقد تكون الإضافة التى يحاول هذا الكتاب تقديمها هى أنه رؤية مختلفة لعلم النفس الإكلينيكى يتعين أن يتزود بها من يسعى للتخصص فى هذا المجال ، ومدخل مختلف للقضايا الجوهرية فى التخصص لا يمكن إغفالها مقابل تفاصيل كثيرة توفرها المصادر الأخرى ، كما أنه لا يقف مع القارىء عند أبجدية التخصص ، وهو آخر الطريق الذى تنتهى اليه الكثير من الكتب المتوافرة حاليا ، بل يحاول الكتاب لمس القضايا الجوهرية والتقدم فيها إلى مستوى المعرفة المتخصصة التى تتجاوز كثيرا احتياجات الطالب الذى يكفى بالنسبة له التعرف على القضايا الأولية والمقدمات النمطية فى مجال معين ،ويلاحظ بصفة عامة أن الاهتمام بالقضايا الأكاديمية هو الطابع الغالب فى هذه المصادر، فالتعريفات والشروح تشغل حيزا كبيرا بينما القضايا المتعلقة بعلم النفس الإكلينيكى كمهنة لاتشغل إلا النذر اليسير من الاهتمام .

ويحتاج المتخصص فى علم النفس الإكلينيكى لإجادة اللغة المشتركة بينه وبين الطبيب النفسى ، كما يحتاج للتعرف على النظام التصنيفى للاضطرابات الذى أسهم فيه الطب النفسى بباع كبير ، ويتزايد احتياجه – للوصول إلى مستوى الكفاءة فى الممارسة – إلى التعرف على التشخيص النفسى العصبى والذى يتضمن إسهامات جادة وناجحة قدمها علم النفس فى هذا المجال المهم، ليس فقط المدخلات الأساسية فى هذا التخصص المهم، بل أيضا الأسئلة المثارة ، والأدوات المستخدمة فى الإجابة عليها ودلالات النتائج التى يخرج بها منها ، وحجم الإضافة الذى تمثله هذه المعالجة النفسية العصبية فى المجال الإكلينيكى ،ويحتاج المتخصص أيضا للتعرف على قضية

التدريب وقيمتها وجوهريتها باعتبارها المدخل للممارسة المهنية السليمة والتى تتسم بالكفاءة والفعالية، وأنه – أى التدريب – ليس مجرد شكليات بل له أصول وقواعد وأساليب وهو القاعدة التى يمكن أن يتزود الأخصائى من خلالها بالمعرفة العملية وينطلق منها لممارسة مهنية مقبولة اجتماعيا ومهنيا وعلميا، يحتاج القارىء أيضا للتوقف طويلا أمام القضايا الأخلاقية فى ممارسة العلاج النفسى والتعامل مع طالبى خدماته ، وأن يتبصر فى أنماط السلوك المقبولة وتلك التى تحوطها محاذير أو علامات استفهام . يحتاج أيضا للتعرف على مناهج البحث النوعية ومهارات تطبيقها فى المجال بعد أن أصبح نموذج الإكلينيكى الممارس الباحث هو النموذج المقبول الآن على نطاق واسع . وفوق كل ذلك يحتاج للحصول على مواصفات الصورة التى يتعين أن يبدو عليها كممارس مهنى يمكنه أن يحصل – أو ينتزع – الاحترام من أقرانه المهنيين الذين يعملون فى المجال الأوسع لخدمة أصحاب الاضطرابات والاحتياجات النفسية ، ولاحترام المجتمع الذى يعيش فيه .

هذه هى محاور الاهتمام التى أوليت فى هذا الكتاب لكى يكون مختلفا عن غيره من المصادر الأخرى، وليكمل الصورة التفصيلية لمجال مهم من مجالات علم النفس الخدمية التى تمثل محك نجاح علم النفس فى رسالته وفى قبوله اجتماعيا.

وقد يكون من الضرورى العناية بنقطة أخرى على درجة كبيرة من الأهمية ، وهى أن التخصص فى علم النفس الإكلينيكى بالمستوى المطلوب مهنيا يتطلب جهدا فائقا ومتميزا ، فالدراسة الأكاديمية فقط لا تكفى ، بمعنى آخر أن الكتب والدوريات والبحوث والمعلومات لا تمثل كل المتطلبات المرجوة ، إن التدريب والتدريب الممتد ، تحت إشراف متخصص ، وفى مواقع للخدمة النفسية المتعددة الأشكال كالمستشفيات النفسية ، والمراكز البحثية والخدمية ضرورى ، وسيتطلب فى المراحل القادمة إشرافا يقوم به المعالجون النفسيون المخضرمون لا الأطباء النفسيون فقط، مصداقا للمقولة التى تذكر فى هذا الشأن وهى أن القطط فقط هى التى تلد قططاً، فى إشارة مباشرة لأن يتدرب المعالج النفسى على يدى معالج نفسى . وحتى المعالج جيد التدريب كثيرا ما يجد أن من الضرورى بالنسبة له أن يواصل تدريبه على أساليب جديدة – تظهر

بين الحين والآخر – لم يسبق له التعرف عليها أو ممارستها . ولا يقل عن كل ذلك أهمية العناية بمتابعة المصادر البحثية المتجددة التى تقدم باستمرار التغييرات والتعديلات فى المفاهيم والمحكات التشخيصية ، وهى أمور تؤدى متابعتها إلى حسن التشخيص ، والاستفادة من فنيات العلاج المستحدثة .

لعله من الضرورى أيضا أن نشير إلى الوضع الراهن فى مجتمعنا ، والذى يعد العلاج النفسى فيه كمهنة حديثا تماما، ولم تستقر له حتى الآن التقاليد الأساسية التى تعد ضمانة للمجتمع وأفراده عند اللجوء إلى المعالجين النفسيين ، ويرجع الاهتمام بهذا الوضع بالطبع إلى حقيقة أنه حتى نهاية القرن العشرين ومطلع الألفية الثالثة لم تتوافر فى أى من المعاهد والجامعات المصرية برامج تخصصية فى العلاج النفسى تؤهل للممارسة المهنية المستكملة الجوانب ، وقد أدى ذلك– فى غيبة التخصص ، وفى وجود قوانين للمهنة فضفاضة– إلى توجه بعض الحاصلين على درجة الدكتوراه فى علم النفس ، فى أى تخصص فرعى، إلى اعتبار أن المجال مفتوح أمامهم لممارسة ، أو لنقل الحصول على ترخيص، العلاج النفسى ، دون أن يكونوا مؤهلين أو مدربين بالقدر الكافى . وهى ظروف لابد أن تنتهى، وأن يعاد تنظيم الموقف المهنى والتدابير والاشتراطات التى تحكمه إذا أردنا أن يكون لمهنة العلاج النفسى مستقبل فى بلادنا .

**صفوت فرج**

# المحتويات

# الفصل الأول

## تاريخ علم النفس الإكلينيكى

## تاريخ علم النفس الإكلينيكى

لكل علم تاريخ، وقبل كل تاريخ يوجد ماض ، وقد يمتد هذا الماضى الى ما قبل عصر التدوين . ونحن نتعلم دائما دروسا مهمة سواء من تاريخ العلم أو من ماضيه، وقد يكون ما نتعلمه من الأخطاء أكبر وأكثر فائدة مما نتعلمه من كل ما كان صوابا وخصبا .

وتتمثل القيمة الحقيقية للتاريخ فى أنه يشعرنا بالتواصل مع الأجيال السابقة علينا ، والاستمرارية والارتباط بالأجيال التالية لنا ، ويوفر لنا المعنى الصحيح لمفهوم التراكم[١] فى العلم ، وأن جهود العلماء والمفكرين لا تذهب هباء، حتى إن غفل عنها عصرهم أو تجاهلها أو لم يعرف قيمتها ، إذ تظل دفينة لسنوات وسنوات مثل حبة الحنطة فى الأرض التى تزدهر بعد فترة وتثمر أضعاف مقدارها .

نعرف من خلال التاريخ أيضا الى أى مدى نرتبط بالماضى ولمن نحن مدينون ، ونعرف أولئك الأشخاص الذين عملوا وجاهدوا لاكتساب المهارات

(1) Accumulation

والمعارف الجديدة والفهم الصحيح للظواهر التى تدور من حولهم ، أولئك الذين وضعوا أجيال المستقبل فى اعتبارهم ولم يتركوا الحياه إلا بعد أن أورثوهم معرفة وعلما .

تجعلنا دراسة تاريخ تخصصنا عميقى الشعور «بنحن» علمية ومهنية ، بل واجتماعية ، وثيقى الصلات بالعلماء والباحثين فيه ، الذين كرسوا حياتهم لخدمة الإنسان ، ولتحويل المعرفة العلمية الى تكنولوجيا الصحة والسواء .

وبالقدر نفسه من الأهمية الذى يدرك به الأخصائى النفسى الإكلينيكى تاريخ عميله، يتعين أن ندرك تاريخ علمنا وتخصصنا وإسهامه فى تفسير التوجهات الراهنة، وعوامل الخصوبة والجدة فى أدائنا ، أن نعرف قدر الصواب والخطأ فيما نتفق عليه ومانختلف فيه ، أن نعرف قدر العائد الذى نحققه من الجرأة فى التفكير وتقييم كل ما هو قائم ، والانطلاق بفروض جديدة وأفكار ونظريات غير مسبوقة . يحقق لنا تاريخ العلم ودروس هذا التاريخ كل ذلك . ومن هنا تكمن أهمية التوقف عنده فى أولى خطانا .

عندما نسعى الى التعرف على البدايات الأولى – المبكرة – لعلم النفس الإكلينيكى ، فعلينا أن لانتوقع العثور على مصطلح علم النفس الإكلينيكى، فعمر هذا المصطلح يتعدى بالكاد المئة عام ، والأمر نفسه عندما نسعى للتعرف على تاريخ علم النفس، إذ كان أول ظهور لكلمة علم النفس(1) فى عام ١٥٩٠ فى مخطوطات جوكل Goeckel المعنونة Homins Perfection، ثم ظهرت مرة أخرى فى مخطوطات كاسمان Casmann عام ١٥٩٤ ( سوين ١٩٧٠ : ٢٢ ) .

سنصادف فى بحثنا تداخلا بين الكهانة والطب والفلسفة ، تداخلا بين الطقوس الدينية ، وبين المرض العقلى، وبين الأفكار الخرافية . ويمثل ذلك أول دروس التاريخ المهمة التى يتعين أن نستوعبها ، فالفرد يسعى الى الراحة والأمان والتخفف من القلق والاضطراب ، وهو يحاول فهم مخاوفه وأمراضه وعلاجها ، ولا يتسنى له تحقيق شىء من ذلك دون أن يفهم الحقائق بوضوح، ويفرز الأفكار الصحيحة من الخرافة،

(1) Psychologia

ويحدد العلاقة السليمة بين العقل والجسم . لكل هذا كان لابد أن تكون للنشأة الأولى جذور عميقة الغور لدى الكهنة والأطباء والفلاسفة الى أن يأتى دور العلماء .

يعود الوعى بالمرض العقلى وعلاجه الى أبعد من عام ٢١٠٠ قبل الميلاد ، وينسب أول اهتمام به الى البابليين الذين اعتقدوا أن المرض العقلى يحدث نتيجة تملك شيطان لروح الشخص لا يمكن انتزاعه أو التخلص منه إلا من خلال الوسائل السحرية والدينية ، وكان الكهنة هم الأطباء وهم السحرة فى هذه الحالة. كان الكهنة الأطباء هم الذين يقومون بمحاولة تخليص الفرد من هذا التملك الشيطانى وشفائه . وكانت الوسائل السحرية المستخدمة تتضمن الصلاة لمختلف الآلهة ذوى الاتصال بالشياطين ، والتقرب للآله المتصل بالشيطان المعين الذى يفترض أنه تملك روح المريض . وبالإضافة الى الصلوات يلجأ الكاهن الى التنجيم واستشارة الأبراج ومحاولة التنبؤ بفرص فك أسر المريض من شيطانه أو شياطينه . وقد ترتب على هذا الاعتقاد فى التنجيم تحديد توقيتات معينة لطقوس تساعد فى التعرف على أى التعويذات ستكون هى المفيدة فى علاج المرضى العقليين . ولم تقتصر فكرة التملك الشيطانى على العالم القديم ، فقد اكتشفت فى بيرو القديمة أيضا (Mora,1985).

وتقدم التوراة تصورا مشابها لفكرة التملك الشيطانى ، إذ تفسر المرض باعتباره عقاباً على الخطايا التى يرتكبها الفرد . وبالتالى يعتمد الشفاء على التدخل الإلهى لغفران الخطايا التى يرتكبها هذا الفرد ، ويتم هذا من خلال الإله الواحد الخالق وهو الله مانح الصحة والمرض . وعلى الرغم من هذا التصور العقائدى اللاهوتى للصحة والمرض العقلى، فقد أظهر العبرانيون بعض الاستبصارات الواقعية المتسمة بالفهم ، وهى استبصارات ذات طبيعة نفسية وذلك منذ فترة مبكرة تعود الى حوالى عام ٩٥٠ قبل الميلاد تقريبا ، فقد اعتبروا الأحلام على سبيل المثال بمثابة تعبير عن الرغبات الممنوعة التى لايتحملها ضمير الفرد ، وهى فكرة لا تختلف كثيرا عما ذكره فرويد بعد ذلك بتسعة وعشرين قرنا ، ويحتمل أن يكون فرويد قد استمدها من هذا التراث القديم . كان العبرانيون مقتنعين بأفكار الكفارة ( تقديم أضحية تحمل عنهم خطاياهم ويسقطون عليها ذنوبهم ليحصلوا على المغفرة ) والتى تؤدى الى تحرر الشخص من

قلقه ومتاعبه . وكان العلاج بعد ذلك إنسانى الطابع ، وإن كان الكهنة الأطباء هم الذين يقومون به . وقد اكتشف قرب مدينة القدس مستشفى للعلاج الإنسانى والروحى للمرضى العقليين تأسس عام ٤٩٠ قبل الميلاد (Walker,1991,p.5).

**سقراط: اعرف نفسك**

تقوم الفلسفة السقراطية على المبدأ الشهير (اعرف نفسك) والذى يجعل الفرد يبحث عن إجابة على كل الأسئلة فى داخله . وعندما نفحص هذا المبدأ سنجد أن جوهر معظم – إن لم يكن كل – أساليب العلاج النفسى الحديثة، والتى توصلنا اليها بعد أكثر من أربعة وعشرين قرنا من سقراط، لاتخرج عنه .

فالمحلل النفسى يساعد المريض على معرفة المواد المكبوتة فى لا شعوره ، صراعاته ، شهواته ، نزعاته العدوانية ، ويستخدم التداعى الحر لكى يمكن المريض من معرفة نفسه، والدوافع التى تحرك سلوكه .

ويستخدم المعالج السلوكى أساليب التشريط وإلغاء أثر التشريط[1] ليساعد المريض على إدراك واختبار حقيقة أن صعوباته إنما نشأت عن اقتران مرضى بين منبهات معينة تعرض لها فى لحظات خوف أو قلق أو افتقاد للأمان ، وأن استجاباته لها غير ملائمة ، وأن مخاوفه لا أساس لها ، وأن مواجهته للتهديدات المتخيلة ستجعله يدرك أنها غير مهددة فى الواقع، وأنه يستطيع أن يتخلص من قلقه منها ، وأن أسوأ ما يعتقد أنه سيحدث له لن يحدث على الإطلاق ، وأنه لن ينهار ، ولن ينخرط فى سلوك قهرى ، ولن يمارس سلوكا تجنبيا .

ويدرب المعالج المعرفى المريض على مواجهة الأفكار السلبية التى تقف خلف مشاعره الاكتئابية ، يعلمه كيف يستبدل بها أفكارا إيجابية. وما كل هذا إلا تدريب على: كيف يعرف الشخص نفسه ، كيف يتعرف على مصادر القوة فى داخله ويتحرر من قلقه ومخاوفه ووساوسه واكتئابه. (اعرف نفسك) إذن هو جوهر العلاج الذى يمارسه الأخصائى النفسى الإكلينيكى . يساعد المريض على معرفة نفسه، ويتيح له فرص وطرق اختبار هذه المعرفة من خلال مواجهة التهديدات الداخلية

(1) Deconditioning

المتخيلة التى تشكل مخاوفه، أو الأفكار السلبية حول نفسه والعالم والمستقبل، والتى تؤدى الى اكتئابه فيدحضها ، والطقوس القهرية التى تتملكه فيتخلص منها .

**أبوقراط**

لم تكن هذه الرؤية الفلسفية الصافية لدى سقراط عاملا وحيدا بلا سند فى هذه الحقبة التاريخية ، فبعده بقليل ظهر أبوقراط Hippocrates الطبيب الإغريقى الذى اعتبر الأب الشرعى للطب، والذى ينسب اليه التطور البارز فى المعارف الطبية المتعلقة بأداء الجسم الإنسانى وأمراضه ، وقد امتدت نظرية أبوقراط بحيث تضمنت إدراكا جديدا لطبيعة المرض العقلى . فلا هو بالمرض المقدس ، ولاهو تلبس شيطانى كما اعتقدت الحضارات الشرقية القديمة، بل هو مرض لايختلف عن أى مرض إنسانى آخر له أسبابه المحددة ، وخصائصه القابلة للملاحظة . وقد طور أبوقراط نظرية فى المزاج يفترض فيها أن الزيادة غير المتوازنة فى بعض العناصر السائلة فى الجسم مثل الدم أو البلاجما[١] يمكن أن تؤثر فى حالة الفرد المزاجية وتوافقه وسلوكه ، وبالتالى يتعين أن يتجه العلاج الى تطهير سوائل الجسم التى يعتقد أنها مسئولة عن اختلال التوازن وتطور واستمرار المرض العقلى .(Mora,1985; Routh et al .,1992)

ووصف أبوقراط المالنخوليا[٢] ، وبعض المخاوف المرضية التى يتعرض لها الفرد دون سبب ظاهر ، وهذيانات التسمم ، وبعض الأعراض النفسية ذات المنشأ العضوى ، كما تعرف أبو قراط على الصرع ونفى أن يكون لهذا المرض صفة خاصة أو طبيعة قدسية ، ووصف الهوس والهستيريا بقدر كبير من الدقة .

ولعل أهم مايلفت النظر فى أعمال أبوقراط أنه لم يرد الأعراض النفسية جميعها الى أسباب عضوية ، بل أشار الى ضغوط البيئة التى يتعرض لها المريض وأثرها فى إحداث المرض . كان أبوقراط مدركا إذن للعوامل النفسية ذات الطبيعة اللاتوافقية ومصادر القلق التى سماها بضغوط البيئة ، وهو فهم شديد التقدم لطبيعة الاضطرابات العصابية وأحيانا الذهانية .

---

(1) Phlegma
(2) Melancholia

تطور الأمر إذن على يد أبوقراط ليصبح المرض مرضا ، وليس سحرا أو لعنة ، وليصبح الجهد المطلوب فيه علاجا لا طقوسا أو صلوات ، ويتخلص العلم من أفكار السحر واللعنة والغضب الإلهى التى تجعل المريض مستحقا للنبذ والعقاب بدلا من العلاج والرعاية .

**عصور الظلام فى القرون الوسطى**

غير أنه مما يثير الأسى أن ترتد الحضارة بعد ذلك بقرون ارتداداً شديداً فى أوربا؛ لنجد المجتمع الإنسانى وقد سيطر عليه لاهوتيون ضيقو الأفق ينسون تماما ما قدمه أبوقراط ولا يدفعون المسيرة الى الأمام ، ولا يوقفونها فحسب بل يعودون بها القهقرى، حتى وصل الأمر الى سن قوانين توجب محاكمة وإدانة كل من تعرض للمس الشيطانى ( أى المرض العقلى ) ، بل وتوجب إدانة كل من يتصدى لعلاجه بالطب القائم على الإلحاد ! . وعاد العلاج غير الإلحادى الى تلاوة الترانيم والصلوات والسعى الى التعرف على العلامات التى تكشف عن وجود الشيطان وموضعه فى الجسم أو العقل ، واستخدمت فى ذلك أدوات حادة يجرى وخز المريض بها حتى تصل الى موضع الشيطان ، بل تزايد الاهتمام بذلك حتى وصل الأمر الى تقديم أوصاف للشياطين المختلفة المسببة للمرض العقلى وفئاتها وأعدادها ( سوين، ١٩٨٨ ،ص٢٠) .

**ما بعد عصر النهضة**

ببداية عصر النهضة وزوال تأثير الكنيسة ، أسهمت الفلسفة الحديثة فى إقامة نسق عقلى يتيح للعلم دورا واعدا ومباشرا ، ويوفر له فهما متعمقا لأسلوب تناول الظواهر مبتعدا به عن التفكير الخرافى واللاهوتى . وقد أدت النزعة الترابطية فى الفلسفة الإمبريقية[1] الإنجليزية عند كل من توماس هوبز ( Hobbs (1588-1679 وجون لوك ( John Locke (1632- 1704 الى إقرار حقيقة أن الخبرة هى الطريق الوحيد لتحصيل المعرفة ، والخبرة فى أوسع معانيها هنا تعنى الملاحظة والتجربة ،

(1) Empirical

كما تعنى التصنيف وجمع الخصائص المشتركة . وقد ظهرت هذه النزعة الترابطية فى التفكير بعد ذلك عند إبنجهاوس Ebbinghaus فى بحوثه حول التذكر ، وهى تقتصر على تفسير المعرفة الإنسانية المعقدة والتى لايمكن تفسيرها بمجرد الإدراك والإحساس . وكان التركيز على الإحساس والإدراك وتحليل الحالات العقلية المعقدة قد استخدم كأساس لعدد من النظريات التى قدمها بعض المفكرين فى الجيل التالى ، كان بينهم إيمانويل كانت Kant وجان جاك روسو Rousseau والذى اقترح نظما فى التفكير تختلف تماما عن تلك التى اقترحها جون لوك .

تلى ذلك قيام هربارت (1841 -1776) Herbartبتوسيع نظرية روسو ، مشيرا الى أن الأفكار نشطة بالطبيعة، وأنها ميالة لأن تظهر فى الشعور، واعتقد أنه فى حالة وجود فكرتين لا تتعارضان فسينتهى الأمر بانجذابهما الى بعضهما واتحادهما معا فى فكرة واحدة . أما إذا كانت هناك فكرتان أو مفهومان متصارعان فسيؤدى صراعهما الى تغلب الفكرة الأقوى والتى ستنحى الفكرة الضعيفة بعيدا عن الشعور، وسيكون هذا مصدرا ممكنا لصعوبات الفرد واضطرابه ، ذلك أن الفكرة التى ستجنب ستكبت ولكنها لن تزول أو تمحى من الوجود، إذ أزيحت فقط من منطقة الشعور الى اللاشعور . ولعلنا الآن نستطيع القول إن هربارت – لا فرويد – هو أول من تناول مكونى العقل ، الشعور مقابل اللاشعور ، وإسهام الأفكار المكبوتة فى اللاشعور فى إذكاء الصراع داخل الكائن الحى والتسبب فى الاضطرابات النفسية . وقد أثرت أفكار هربارت وفروضه التى تتسم بالأصالة – بلا شك – فى تفسيرات وأفكار فرويد ، والذى يطلق عليه اسم أبو الثورة السيكايترية الثانية . (Brems,1991,p.11)

ترتب على الحركة الفلسفية النشطة لتحليل الحالات العقلية والإدراك والإحساس، والتى تزامن معها تفكير مشابه بين الأطباء يتبع الخط العقلانى والعلمى ذاته، أن بدأ النموذج الحديث للتفاعل الطبى بين الأمراض العقلية والسلوك فى الظهور، فاقترح جورج إرنست ستال (1734 -1694) Stahll نموذجا يقوم على تأثير العقل فى الجسم، وحيث تصل الانفعالات والعادات الى المستوى الإدراكى من خلال الدور المهم الذى تلعبه فى تطور واستمرار المرض ، وأشار ستال بالإضافة الى ذلك

لوجود أسباب جسمية تقف خلف بعض الأمراض والحالات العقلية . بينما توجد أصول البعض الآخر فى الحالات الانفعالية فقط ، ويترتب على ذلك ضرورة التشخيص الفارق الذى يستهدف التوصل الى قرارات دقيقة حول عمليات العلاج (Zilboorg & Henry ,1941) .

## تطور النظر الي المريض النفسي

كيف تؤدى هذه الأفكار الفلسفية الى التقدم الذى نشير اليه ، وما مدى صلتها بالمرض النفسى وعلم النفس الإكلينيكى ؟ إنها تؤدى بشكل مباشر الى تغيير وجهة النظر العقلية، وتحول التفكير ليتجه نحو البحث عن الأسباب المباشرة التى تقع فى نطاق الملاحظة والتفكير المنطقى الذى يجعل مادته هى معطيات الحواس ، وهى تدعم البحث العلمى وتقطع الطريق على التفكير الخرافى والتفكير الكهنوتى وطقوسه .

يمكننا أن نجد لهذه الحركة الفكرية آثارا مباشرة تمثل تطورا حقيقيا . ففى عام ١٧٧٤ أصدر بيتر ليوبولد Peter Leopold دوق فلورنسا قانونا يضمن للمريض فحصا كاملا وشاملا قبل إدخاله الى مؤسسة للمرضى العقليين، ثم قدم منحة بعد ذلك لمستشفى بونيفكيو Bonifacioوعين فينسينزو شياروجى Vincenzo Chiarugi مديرا مسئولا عن علاج هؤلاء المرضى. وكان شياروجى طبيبا وباحثا مشهورا، وقد أصدر كتابا شديد الأهمية فى أسباب المرض ومساره والعلاج والمآل ، كما كان معارضا صريحا وشجاعا لاستخدام القوة القهرية أو أساليب الإيداع القاسية للمرضى العقليين ، وكان يرى أن الواجب الأخلاقى السامى والاعتبارات الطبية يحتمان احترام المجنون بوصفه إنسانا . ورغم هذه البادرة الحضارية إلا أن تأثير الخطوة التى خطتها فلورنسا كان ضعيفا على بقية أوربا ، ولم يتابعها فيها أحد الى أن بدأت الأفكار نفسها تظهر مع نهاية القرن التاسع عشر وبداية القرن العشرين .

ظهرت خلال الفترة نفسها تقريبا جهود مماثلة فى إنجلترا ، حيث بدأت حركة إصلاحية تستهدف تحسين الظروف القاسية التى يعانيها المرضى العقليون ، فكرس وليم توك William Tuke (1732-1819)جهوده لتوفير معاملة إنسانية للمرضى العقليين وعلاجهم، وأسس ملجأ يورك York Retreat وهو شكل من المستشفيات

أصبح نموذجا للمؤسسات الخاصة بعلاج وإقامة المرضى النفسيين، ليس فى إنجلترا وحدها ، بل فى بلاد أخرى كثيرة . وترتكز فلسفة توك العلاجية على تنمية تقدير المريض لذاته، وقد اقتبست بقية المؤسسات الأخرى على امتداد إنجلترا وأمريكا هذه الفكرة منذ بدايات القرن التاسع عشر ، كما قام منحاه العلاجى على العطف على المرضى ومشاركتهم فى التدريبات والهوايات والمناقشات.

وتواصلت جهود مماثلة فى أماكن أخرى ، ففى فرنسا كان فيليب بينل Philip Pinel (1745-1826)هو القوة الدافعة والمتحمسة للإصلاح رافعا راية الثورة ضد الظروف غير الإنسانية التى يتعرض لها المرضى العقليون ، وأدت ثورته الى تحطيم الأصفاد التى كان يقيد بها هؤلاء المرضى وإخراجهم ليروا النور والشمس بدلا من العزل فى حجرات ضيقة مظلمة وباردة . ولم تقتصر جهود بينل على رؤيته الإنسانية فقط – والتى تعكس بالطبع فهما متطورا لطبيعة المرض – بل امتدت جهوده فى المجالين العلمى والإكلينيكى ، فقدم تحليلا وتصنيفا للأمراض العقلية ، وطور نظاما تشخيصيا فارقا يميز بين المالنخوليا [1] والهوس[2] والعته [3] والبله[4] . وقد اعتمد مفهومه للصحة العقلية أساسا على أفكار أرسطو حول توازن المشاعر والانفعالات، والذى يمكن تحقيقه بواسطة العلاج . وأدت جهود بينل الى ظهور أسلوب علاجى أخلاقى يركز على منح المرضى الاهتمام الكامل والعطف ، ويهدف الى إثراء بيئتهم بالعديد من الأنشطة المفيدة التى ينخرطون فيها (Brems et al .,1991:12) .

وقد انتقل هذا النمط الجديد فى معاملة المرضى العقليين من أوربا الى الولايات المتحدة فى الوقت نفسه تقريبا . فقد مهد بنجامين رش Benjamin Rush (1745- 1813 ) الطريق لجهود مماثلة لجهود توك وبينل فى إنجلترا وفرنسا . وكان رش طبيبا يميل الى نظرية الأسباب الجسمية للمرض ، غير أنه انخرط فى بعض الجهود الإنسانية . وقد اعتقد أن أسباب المرض العقلى ربما تكمن فى الأوردة الدموية ، وبالأخص تلك المتجهة الى المخ والتى تتأثر بالتالى بالعوامل الانفعالية (Mora,1985) وقد طبق رش أسلوبا غير مباشر ذا

(1) Melancholia.
(2) Mania.
(3) Dementia.
(4) Idiocy.

طبيعة نفسية يعترف بالتأثير الممكن للانفعالات فى المرض العقلى وعلاجه .

**التحول الحاسم في رعاية المرضي**

غير أن الجهد الذى كان له الأثر الفعال فى الإصلاح فى الولايات المتحدة ينسب فى الواقع الى دوروثيا ديكس Dorothea Dix (1802-1887) التى تواصلت جهودها لإصلاح النظام العلاجى للمرضى العقليين ، وحولت القضية الى قضية سياسية ، لا مجرد قضية طبية ، داعية الى إحداث تغيير فى القوانين الأمريكية حول المرضى العقليين ، وقدمت مذكرة الى الكونجرس توضح فيها الأوضاع القائمة شديدة السوء فى البيمارستانات[1] فى طول البلاد وعرضها ، وأدت هذه الجهود المكثفة الى تغيير نظرة الرأى العام ، وزيادة وعى صناع القوانين لتغيير الأحوال . كما أدت جهودها وجهود من تبعوها فى حركتها الإصلاحية الى إنشاء مؤسسات ومستشفيات حديثة تضم أعدادا أقل وخدمات أفضل للمرضى العقليين؛ مقارنة بالحالة البائسة التى كانوا عليها فى البيمارستانات .(Brems et al.,1991)

واصل جان إيتيان إسكيرول J .E . Esquirol (1776-1840) جهود بينل فى إصلاح البيمارستانا ت فى فرنسا ، وكان إسكيرول أخصائيا إكلينيكيا متميزا، ومصمما بارعا للمستشفيات، وقدم للعلم – من خلال توثيق دقيق وشامل – قاعدة بيانات حقيقية ومهمة حول المرض العقلى ، وقد أسهمت هذه البيانات– فيما بعد – فى ترسيخ الفهم الصحيح لأسباب المرض العقلى والصحة العقلية ، بما فى ذلك تأثير عوامل مثل العمر، والبيئة ، والأحداث المفاجئة والصادمة للشخص.

**فحص العمليات العقلية**

كان جان مارتان شاركو J .M .Charcot (1825-1893) وراء القوه الدافعة لحركة الكشف عن العمليات العقلية غير الذهانية[2]، وقد اهتم بالهيستريا[3]، وعلاجها، واعتقد أن لها أسبابا ذات طبيعة جنسية ، كما اعتقد أن الصدمات الجنسية

(1) Asylums.
(2) Non Psychotic .
(3) Hysteria.

تسبب أفكارا ومشاعر تتحول الى اللاشعور نتيجة لكبتها ، وأنه يمكن علاج العقدة الناتجة عن العرض باستخدام التنويم[١]. غير أن شاركو لم يتمكن من التخلص من منظوره الفسيولوجى الصارم فى فهم العوامل الكامنة فى الهيستريا والتنويم، وهما عمليتان تبين أنهما شديدتا التشابه ، وظل يواصل البحث عن تغير عصبى فسيولوجى[٢] يمكن أن يصف كلا منهما فى الوقت الذى ظل يستخدم فيه التنويم لعلاج الهيستريا (Goshen,1967, Roback & Kirnan,1969) .

وقد ثارت فى فرنسا خلال هذه الفترة مناقشات طويلة بين شاركو وبرنهايم Bernheim حول فكرة شاركو عن الاختلالات العضوية خلف ظاهرتى التنويم والهيستريا ، وانتصرت حجج برنهايم المعارضة لهذه الفكرة استنادا الى تحليل دقيق قدمه لما يقرب من عشرة آلاف حالة تنويم ( سوين،١٩٨٨, ص٣٢) .

والواقع أن ظاهرة التنويم فى صلتها بالاضطرابات الهيسترية كانت من موضوعات اهتمام علماء القرن الثامن عشر ، وهى تنسب الى أنطوان ميسمر A Mesmer (1733-1815)، وإن كان لها تاريخ طويل سابق ممتد الى القرن الثانى عشر ، حيث كان يمارسها بعض الرهبان فى الأديرة ، وقد أطلق عليها ميسمر اسم المغناطيسية الحيوانية[٣] واستخدم ما اعتقد أنه قدرة على نقل هذه الطاقة الحيوانية من مصدر لآخر كوسيلة لعلاج المرضى من أصحاب الأمراض العقلية ذات الأعراض المختلفة ، وحيث كان يحقق نجاحا ملحوظا فى حالات الهيستريا. وبالرغم من أنه أصبح معروفا الآن أن التنويم المغناطيسى لا هو مغناطيسى ولا هو حيوانى ، وأنه فى حقيقة أمره عبارة عن قوه الإيحاء التى تعمل على إحداث تأثير وتغير، إلا أن ميسمر نفسه كان يعتقد فى القوة الشفائية للمغناطيسية ذاتها دون أن يعرف كنه هذه القوة التى تؤدى الى شفاء المريض وسعادته، وهو أقصى المراد فى هذا الشأن بالنسبة له . ولم يتم الاعتراف بالتنويم كظاهرة علمية مقبولة – أودت قبل ذلك بمستقبل ميسمر المهنى وجدارته العلمية – إلا قرب نهاية القرن التاسع عشر عندما تمكن

(1) Hypnosis.
(2) Neurophysiological.
(3) Animal magnetism.

جيمس بريد J. Bread من الكشف عن طبيعة الظاهرة وكيفية إحداثها للتأثير (انظر: Goshen, 1967.)

**سيجموند فرويد**

كثيرا ما يطلق على سيجموند فرويد (1856- 1939) S. Freud لقب الأب الشرعى للثورة السيكياترية الثانية، ويقصد بهذة الثورة الثانية بداية المناهج العلمية فى علم النفس والطب النفسى ، التى تقف خارج الحدود التقليدية للفحص الطبى العلمى ، وكانت الثورة الأولى هى التى تم التخلص فيها من المفاهيم والممارسات السحرية والكهنوتية.

وتتمثل القيمة الحقيقية لثورة فرويد فى أنه وجه بحثه لا الى كيف يحدث المرض، بل الى لماذا يحدث المرض ، تضمنت الثورة إذن توجها يغير من طبيعة السؤال ليصبح لماذا؟ وليس كيف؟ . بمعنى آخر أن التفكير أصبح يتجه الى الأسباب(١) . وكان فرويد شديد الاهتمام أكثر من الآخرين بأسباب السلوك ودوافعه فى سياق التاريخ الشخصى للمريض ، وباهتمام إضافى بالتاريخ المبكر وخبرات الطفولة . ويقوم التحليل النفسى(٢) باعتباره وسيلة علاجية على إبطال الاضطراب الذى تحدثه خبرات الحياة .

وقد توصل فرويد الى النظر فى اللاشعور باعتباره القوه الأولية الدافعة للسلوك، مثال ذلك أنه نظر الى السلوك باعتباره يخرج عن نطاق الضبط العقلانى والشعورى. ويعبر فرويد بصدق عن روح عصره(٣)، وحيث يمكن أن نتبين من خلال دراسة مبادىء نظريته المناخ الأيديولوجى لهذا العصر . فقد كان عصر التغير والتطور ، الذى تميز بزيادة الحرية السياسية وحرية التفكير (Kohut,1984) مما جعله يصدم مجتمع فيينا المحافظ بأفكاره، فقد كانت روح العصر تتسم أيضا باتجاهاتها الفكتورية القامعة للمعلومات الجنسية ، وهى المعلومات التى اعتبرها فرويد متضمنة للإجابة

(1) Etiology.
(2) Psychoanalysis.
(3) Zeitgeist.

الواقعية لأسئلته حول لماذا . لذا لايعد من الأمور المستغربة أن يتوصل فرويد الى النظر الى المواد الجنسية واللاشعور باعتبارهما ذوى أهمية بالغة فى أسباب المرض العقلى ، وأن المعرفة والاستبصار بهذه المكونات عنصران جوهريان فى علاجها (Brems et al.,1991, p.15) .

## علم النفس الإكلينيكى كعلم نظامى

يذكر بورنج (Boring,1969) أن العلم يكتسب شرعيته كعلم متخصص له حدوده عندما تتوفر له عدة عناصر مهمة : أن يكون له اسم محدد، وأن يكون له علماؤه المتخصصون ، وأن تكون له دورياته التى تنشر فيها بحوثه ، وأن تكون له جمعياته . وقد تحقق كل ذلك لعلم النفس الإكلينيكى[1] على يد رجل واحد هو ليتنر ويتمر Lightner Witmer. ففى عام ١٨٩٦ كان علم النفس بوصفه علما تجريبيا قد بلغ السابعة عشرة من عمره ، إذا اتفقنا على التأريخ لميلاده بإنشاء فيلهلم فونت W. Wundt لأول معمل لعلم النفس فى جامعة ليبزج عام ١٨٧٩ .

## ليتنر ويتمر

كان ليتنر ويتمر من تلامذه فونت الذين عادوا الى أوطانهم فى أوربا والولايات المتحده بعد أن حصلوا على الدكتوراه على يديه . عاد الى جامعة بنسلفانيا Pennsylvania بولاية فلوريدا التى كان يعمل بها ، والتى حصل منها على درجة الليسانس فى عام ١٨٨٨ ، ثم عمل بعد تخرجه فترة قصيرة حتى عام ١٨٩١ مدرسا بمدرسة إعدادية خاصة فى فيلادلفيا حيث كان يقوم بتدريس اللغة الإنجليزية والتاريخ، وكان يسعى خلال هذه الفترة للتحول الى دراسة القانون والاشتغال به ، وقضى بالفعل عاما كاملا فى دراسة القانون بجامعة بنسلفانيا ، إلا أن حياته اتخذت مسارا مختلفا ، فقد التحق بالدراسات العليا فى علم النفس ، وتتلمذ على جيمس ماكين كاتل J.M. Cattell الذى كان قد عاد قبلها بفترة قصيرة إلى جامعة بنسلفانيا بعد أن حصل على الدكتوراه من ليبزج متتلمذا على فونت . وقبل أن ينتقل كاتل الى

(1) Clinical Psychology.

جامعة كولومبيا شجع ويتمر ووجهه للذهاب الى ألمانيا ليحصل على الدكتوراه من ليبزج مع فونت ، ووفر له كاتل دعما معنويا ، وماديا من صندوق سايبرت Siebert Fund. غير أن ويتمر لم يتوافق كثيرا مع أفكار فونت وتقاليده العلمية وظل ينظر بغيظ دائم الى ممارساته ، ورغم حصوله على الدكتوراه مع فونت إلا أنه كان دائما ما يعترف بأستاذية كاتل له أكثر من اعترافه بأستاذية فونت (Boring and Boring,1948).

تولى ويتمر بمجرد عودته من ليبزج رئاسة معمل علم النفس وهى وظيفة شغلها كاتل قبله ، واستأنف فيه بحوثه التجريبية ، ورغم أن اهتماماته تحولت مع الوقت الى اتجاه آخر، إلا أن صلته ونشاطه فى المعمل ظلا فى المستوى نفسه .

شغلت ويتمر فكرة أن يجعل علم النفس العلمى علما تطبيقيا، أى أن يحوله الى وسيلة نافعة بشكل مباشر، وأن يستخدمه فى حل المشكلات(Witmer, 1896, 1897).وبالفعل أنشأ فى مارس ١٨٩٦ أول عيادة نفسية[١] يعرفها نظامنا العلمى ويطلق عليها هذا الاسم ويعرفها العالم به بعدئذ . وبدأ ويتمر يعمل فى الوقت ذاته ولفترة طويلة كأخصائى نفسى فى مدرسة بنسلفانيا لتدريب الأطفال ضعاف العقول[٢] (Walker,1981,p.5)،ولم تمنعه التزاماته سواء فى العيادة أو المدرسة عن عمله أو استمراره فى بحوثه التجريبية ، فقد ظل التزامه بها قائما بالقدر الذى مكنه من نشر دليل المعمل [٣]عام ١٩٠٢ ، كما اشترك بعد ذلك بعامين مع تتشنر Titchner فى تشكيل تجمع من الباحثين عرفوا فيما بعد باسم جمعية علماء النفس التجريبيين[٤] ، وتولى عام ١٩٠٧ رئاسة تحرير مجلة العيادة النفسية[٥]، وعندما وقف ويتمر فى الاجتماع السنوى لجمعية علم النفس الأمريكية فى ٢٩ ديسمبر ١٨٩٦ ليتكلم انصب حديثه على عيادته النفسية فى بنسلفانيا ، محاولا تشجيع مستمعيه على الاهتمام بعلم النفس الإكلينيكى ، غير أن أبناء التخصص الذى لم يكن قد مضى عليه

---

(1) Psychological Clinic.
(2) Feebleminded.
(3) Laboratory Manual.
(4) The Society of Experimental Psychologists.
(5) The Psychological Clinic.

أكثر من سبعة عشر عاما كانوا يتمسكون بمفهوم تقليدى لعلم النفس وهو أنه العلم الذى يهتم بدراسة الشعور ، وبالتالى لم يلق حديث ويتمر آذانا صاغية (ibid.)، عندما تحدث عن أن مبادىء علم النفس يتعين أن تستخدم لمساعدة الأشخاص المختلفين بصورة فردية (Ruth,1994,p.6) .

استمرت اهتمامات ويتمر وجهوده لتطوير هذا المنحى التطبيقى الجديد دون توقف ، فأنشأ فى عام ١٩٠٨ مدرسة داخلية خاصة للأطفال وزودها بالأخصائيين الذين قام بتدريبهم لتكون بمثابة بيئة منظمة ومجهزة؛ يقضى فيها الطفل فترة محدودة يتم خلالها تعديل سلوك من يحتاج منهم الى ذلك ، كانت المدرسه فى واللجفورد Wallingford قرب الجامعة فى بنسلفانيا ، ثم أنشأ بعد ذلك مؤسسة أخرى مشابهة وبإمكانات أكبر فى ديفون Devon ببنسلفانيا أيضا .

وقد اعتمد ويتمر فى المرحلة الأولى من بناء التخصص وتقديم الخدمة الإكلينيكية فى العيادة على المعلمين، إلا أنه استطاع أن يطور برنامجا لتدريب طلاب الدراسات العليا كمهنيين فى ميدان التخصص الجديد ، وبحلول العقد الثالث من القرن العشرين أصبح هناك جيل من الأخصائيين النفسيين الإكلينيكيين ممن كان الكثيرون منهم من تلامذة ويتمر .

بحلول عام ١٩٠٧ كان المشهد يتضمن عناصر تشكيل فرع جديد مستقل من فروع علم النفس، له مجال محدد واضح المعالم، وباحثون متخصصون فيه يدرسون معارفه الأساسية وفنياته ، وينتسبون اليه ويحملون اسمه ويعرفون به، وطلاب يدرسونه محددين مستقبلهم المهنى فى إطاره، ودورية علمية تنشر بحوثه، ويلتقى على صفحاتها أصحاب التجارب والإنجازات الجديدة. وبهذا اكتسب علم النفس الإكلينيكى شرعيته التى تدعمت بإصدار ويتمر لمجلة العيادة النفسية فى العام نفسه ، ويعود الفضل فى كل هذه الجهود التى تبلورت حول رجل واحد كان محورها والداعى لوجودها وتطويرها وهو لينتر ويتمر .

كان ويتمر شخصية قوية ، ومجادلا ، ويتبنى أفكارا واضحة تشوبها مسحة إنسانية عميقة ، كما كان ناقدا جادا وجريئا . نقد وليم جيمس W. James عام ١٩٠٨

واصفا إياه بطفل علم النفس الأمريكى المدلل ، مشيرا الى أن جيمس كان كاتبا نظريا فى الأساس أكثر منه باحثا نشطا (Reynolds, 1987; 1996)، وحمل عام ١٩١٥ على مجلس أمناء جامعة بنسلفانيا لتسرعهم فى فصل أحد الأساتذة من أصحاب الآراء الجريئة ، سكوت نيرنج S. Nerring، وهو الفصل الذى اعتبره ويتمر منافيا للروح الجامعية والتقاليد الأكاديمية ، كما كان ويتمر مدافعا قويا ومستمرا عن رفاهة الأطفال.

تقاعد ويتمر عام ١٩٣٧ بعد ٤٩ عاما من العمل والإنجاز المتواصل منذ تخرجه فى بنسلفانيا ، ، وحصل فى عام تقاعده على الدكتوراه الفخرية فى العلوم . واحتفل فى عام ١٩٤٦ بمرور خمسين عاما على نشأة علم النفس الإكلينيكى خلال الاجتماع السنوى لجمعية علم النفس الأمريكية الذى عقد فى فيلادلفيا ، وهى الولاية التى شهدت جامعتها - بنسلفانيا - مولد علم النفس الإكلينيكى .

لم يبد ويتمر طوال حياته أى شغف بالالتحاق بمؤسسات أو تنظيمات علم النفس الإكلينيكى على المستوى الوطنى . وقد طلب منه الانضمام لأول جمعية أنشئت لعلم النفس الإكلينيكى ولكنه لم يفعل ، غير أنه انضم- فى نهاية الأمر-عضوا لقسم علم النفس الإكلينيكى فى جمعية علم النفس الأمريكية[1]، إلا أنه لم ينتخب أبدا لأى منصب قيادى فى هذه المؤسسة الوطنية (Ruth,1994:7)، وكان إسهامه الوحيد النشط هو عضويته ورئاسته لجمعية بنسلفانيا لعلماء النفس الإكلينيكيين بين عامى ١٩٣٤ - ١٩٣٦ .

خصصت مجلة علم النفس الإرشادى[2] - التى أنشأها جونى سيموندس J.Symonds - وهى وريث مجلة العيادة النفسية التى أسسها ويتمر، والتى ظل محررها منذ عام ١٩٠٧ حتى صدور مجلدها الأخير رقم ٣٧ الذى توقفت بعده ، جزءا خاصا فى عددى يناير وفبراير عام ١٩٤٧ بعنوان «خمسون عاما من علم النفس الإكلينيكى» .

(1) American Psychological Association.
(2) Consulting Psychology.

وقد ولد ويتمر فى ٢٨ يونيو عام ١٨٦٧ وتوفى فى عام ١٩٥٦ عن عمر يناهز التاسعة والثمانين ، وكان عند وفاته آخر الأحياء من مؤسسى جمعية علم النفس الأمريكية (McReynolds 1996).

### تاريخ العيادة النفسية الأولى

نظمت جامعة بنسلفانيا فى عام ١٨٩٤ دورة خاصة لمدرسى المدارس العامة ، شارك ويتمر بالتدريس والتدريب فيها ، وقدم خلال عامى ١٨٩٥، ١٨٩٦ مقررا على مدى عام كامل بعنوان «علم النفس للمعلمين»، وفى مارس عام ١٨٩٦ قدمت تلميذته المشاركة فى هذه الدورة ، مارجريت ماجوير M. Maguire وصفا دقيقا ومثيرا للاهتمام لطفل فى فصلها يبلغ الرابعة عشرة من العمر ، كان يبدو على درجة واضحة من الذكاء ، إلا أنه لايعرف كيف يقرأ ، وطلب منها ويتمر أن تتيح له فرصة فحص هذا الطفل فحصا متعمقا ، ودرس ويتمر حالة الطفل تشارلس جيلمان. C. Gilman (وهو اسم مستعار أطلقه عليه ويتمر لإخفاء هويته) بعناية شديدة ، غير أنه اعتقد – خطأ– أن ما يعانيه جيلمان ماهو إلا مشكلة صغيرة لا تزيد عن كونها ضعفاً فى قدرته على الهجاء ، وهو تشخيص خاطىء ، فقد تبين بعد ذلك أن المشكلة أكثر تعقيدا ، وهى تشكل ما أصبحنا نطلق عليه فيما بعد اصطلاح الحبسة التعبيرية(١).

وعمل ويتمر فى علاج الطفل تشارلس جيلمان ومتابعته عدة سنوات وحقق الطفل بعض التحسن ، ونشر بعد ذلك تقريرا مفصلا عن الحالة فى مجلة العيادة النفسية عام ١٩٠٧ (Witmer,1907) ، فسر فيه المشكلة باعتبارها توقفا ارتقائيا حدث بعد الولادة ، غير أنه لم يتمكن من مواصلة جهوده مع الطفل إذ توفى هذا الأخير بالسل.

ورغم أن حالة تشارلس جيلمان هى أول حالة معروفة فى تاريخ علم النفس الإكلينيكى ، بهذا المفهوم النفسى الحديث للعلم الجديد ، إلا أنها لم تكن أول حالة تشغل الاهتمام الشخصى لويتمر ، فعندما كان يقوم بتدريس اللغة الإنجليزية والتاريخ فى مدرسة إعدادية بفيلادلفيا عقب تخرجه مباشرة وقبل التحاقه بالعمل فى الجامعة

(1) Dyslexia.

التقى فى هذه المدرسة تلميذا موهوباً رغم أنه يعانى آفات لفظية، وقام بدراسة حالته ومتابعة أدائه الأكاديمى بالرغم من استمرار معاناته من صعوباته. ومما لاشك فيه أن حالة هذا الشاب شجعت ويتمر وجعلته أكثر تفاؤلا، وأيقن من خلالها أن المعلم الذى يكرس جهده لمثل هذه الحالات يمكن أن يحقق فائدة حقيقية، وقد كانت هذه الحالة بمثابة الخبرة التعليمية المبكرة التى استفاد منها ويتمر فيما بعد (Ruth,1996) . ويلاحظ أن اهتمامات ويتمر فى السنوات الأولى لإنشاء العيادة اتجهت الى حالات التخلف ، إلا أن وضع الأمر بهذه الصيغة لايبين بوضوح طبيعة نشاط العيادة واهتمامات ويتمر .

فمن ناحية كان ويتمر يستخدم تعبير التخلف[١] بمعنى واسع ، فالتخلف لديه لايقتصر على التخلف العقلى فقط والذى كان يطلق على الأطفال تحت مسمى كونهم ضعاف عقول[٢]، أما تعبير التخلف فكان يتسع بأكثر من ذلك ليشمل التخلف الأخلاقى[٣] والذى كان يوصف به الجانحون ، والتخلف الدراسى والذى يقصد به تخلف الطفل عن أقرانه عاما أو عامين ، وبقاؤه فى الصف نفسه فترة أطول .

من ناحية أخرى، كانت الإحالات للعيادة– بعد أن اشتهرت – متنوعة ولا تقتصر على التخلف العقلى أو حتى المشكلات المدرسية . فالحالة رقم ٩٣ فى سجلات العيادة كانت لفتاة تعانى الصرع ، والحالة ١٣٩ لصبى صدمته عربة ترولى مع احتمال حدوث إصابة فى المخ، والحالة رقم ١٨٩٦ كانت لفتاة منغولية (زملة داون)، كما أحيل للعيادة العديد من الحالات العصبية ، بالإضافة الى الجانحين أو أصحاب الطباع المنفلتة (McReynolds,1996; Ruth,1996)، وحتى بالنسبة للحالة الشهيرة لدى ويتمر ، وهى حالة الطفل دون Don والذى تشير الأوصاف التى قدمها ويتمر عنه الى أنه يندرج فى الفئة التى نعرفها الآن باسم التوحد[٤]، كان تركيز ويتمر يتجه الى تحقيق تقدم مدرسى للطفل . ولعله يبدو من المناسب أن نشير بقدر من التفصيل لحالة دون.

(1) Retardation.
(2) Feebleminded.
(3) Moral Retardation.
(4) Autism.

### حالة الطفل دون

كان عمر دون عامين وسبعة أشهر عندما عرض على ويتمر ، وكان يقضى أغلب وقته فى اللعب ببطاقات يظل قابضا عليها بيديه ، ويخدش وجهه أحيانا بأظافره ، ولا يبدى انتباها للأشخاص من حوله ، ويبدو غير مبال بوالديه ، وإذا حاول أحد أخذ البطاقات منه يبدأ فى الصراخ بغضب شديد ، لم يكن الطفل يفهم لغة الحديث أو يتكلم ، ورغم ذلك كانت الموسيقى تجذب انتباهه ويحبها ، وقد اعتقد ويتمر فى البداية أنه حالة تخلف ميئوس منها ، غير أنه اهتم بالظاهرة الإيجابية فى سلوك دون وهى المقدار الكبير من التركيز الذى يتميز به فى عدد قليل من الأشياء التى تبدو مشوقة بالنسبة له . ورغم هذه الظاهرة الإيجابية إلا أنه تبين أنها تمثل فى الواقع جزءا من المشكلة الكبرى التى يتعين التغلب عليها قبل البدء فى أى تعلم نظامى . وكان دون يقاوم الذهاب الى الحمام أو ارتداء الملابس أو تناول الطعام أو الانخراط فى نشاط؛ لأن ذلك يعنى ترك الأشياء التى بين يديه والتى ينشغل بها .

ويوضح ويتمر الكيفية التى شجع بها ارتقاء الانتباه والاهتمام بالتعلم . وهو يذكر أن عمل المعلم والوالدين يتمثل فى ضرورة كسب انتباه الطفل وتوجيه هذا الانتباه لعمل يستطيع الطفل القيام به ، ثم إعطائه بعد ذلك شيئا أكثر صعوبة ، وقد راقبت الطفل لكى أكتشف ما الذى يفعله بالأشياء المشوقة ، ومن هذه النقطة جعلته يقوم بالخطوة التالية فى الاتجاه الذى قدرنا أنه يؤدى به الى مستوى أعلى من الانتباه . ويضيف ويتمر أن دون الآن طفل عادى وليس مجرد طفل عمره سبع سنوات ، فهو يقرأ ويكتب، ويقوم بالأعمال الحسابية التى يقوم بها تلاميذ الصف الثانى (Wing,1976:7; Witmer,1925) .

### انتشار العيادات النفسية

بعد خمسة عشر عاما من تأسيس ويتمر لأول عيادة نفسية تحمل هذا الاسم أصبح هناك خمس عيادات أخرى ، عيادة يديرها وليم هيلى W.Healy فى شيكاغو ملحقة بمحكمة الأحداث[1]، وعيادة فى جامعة كلارك ، وأخرى فى جامعة أيوا ،

(1) Juvenile Court

ورابعة فى جامعة مينسوتا ، وعيادة خامسة فى واشنطن .

وبحلول عام ١٩١٤ كان هناك تسع عشرة جامعة بها عيادات نفسية وتقوم بتدريب الأخصائيين النفسيين الإكلينيكيين ، وهناك تقدير يذكر أن عدد الأخصائيين النفسيين الإكلينيكيين فى الولايات المتحدة بلغ ٨٠٠ أخصائى فى عام ١٩٣١ ، ارتفع عددهم إلى اثنى عشر ألفا فى عام ١٩٦٩ ، كما بلغ عدد الجامعات الأمريكية التى تقدم برامج تدريبية فى علم النفس الإكلينيكى اثنتين وعشرين جامعة فى عام ١٩٤٧ .(Reisman,1981)

### العوامل التي أسهمت فى إرساء علم النفس الإكلينيكى

عبدت دعوة ويتمر لتأسيس هذا الفرع الجديد من فروع العلم، ومبادرته الى ممارسته ، الطريق أمام آخرين ليسلكوا الطريق نفسه، ولم يقتصر الأمر على مشاركات فردية فى هذا المنحى الريادى الجديد فحسب ، بل امتدت الجهود الى تجميع وبلورة الإنجازات العلمية ذات الدلالة المهمة فى مجال علم النفس الإكلينيكى ، فقد تطورت معرفة نفسية جديدة ذات صلة مباشرة بهذا الفرع الحديث وقضاياه ، من ذلك النمو الذى حدث فى علم الأمراض النفسية[١]، واهتمام جون بولبى J.Bowlby بالقضايا المتعلقة بارتباط الأطفال بوالديهم ، ومفهوم روتر Roter عن مصدر الضبط الداخلى مقابل الخارجى[٢]، ودراسة نورمان جارمزى Garmzey N. عن عوامل الخطر[٣] والحماية، ومفهوم ومقياس سبيلبرجر Spielberger عن قلق السمة والحالة[٤]، وقد أدى كل ذلك وغيره الى تطور مهنة علم النفس الإكلينيكى فى مجالات البحث والتشخيص على وجه الخصوص. وظهرت المنشورات العلمية مثل المجلات والدوريات تحت رعاية هيئات علمية عديدة، من ذلك مجلة علم النفس المرضى التى أسسها مورتون برنس M. Prince وظل ناشرها الى أن تقاعد وتنازل عنها الى جمعية علم النفس الأمريكية ، وكذلك مجلة علم النفس الإرشادى[٥] التى

(1) Psychopathology
(2) Internal vs. External Locus of Control
(3) Risk factors
(4) State- Trait Anxiety
(5) Journal of Consulting Psychology

أسسها جونى سيموندس J. Symonds والتى صدرت بعد احتجاب مجلة ويتمر العيادة النفسية[١] .

**القياس والتشخيص**

جاءت من ناحية ثانية التطورات فى حركة الاختبار العقلى والتى ترجع أصولها الى فرانسس جولتون F.Galton، وجيمس ماكين كاتل J.M.Cattell الذى ابتكر هذا المصطلح «الاختبار العقلى»، وما إن نقل جودارد H.H.Goddard اختبار بينيه Binet الى أمريكا عام ١٩٠٨ (Goddard,1912;Burtt & Pressey,1957) حتى نشطت بحوث الذكاء وظهر مقياس ستانفورد – بينيه عام ١٩١٦ ، وهو التعديل والتقنين الأمريكى الذى قدمه لويس تيرمان L. Terman لهذا المقياس الفرنسى الأصل ، تلى ذلك ظهور تقنين ١٩٣٧ لهذا المقياس ، ثم صدور اختبار وكسلر – بلفيو الذى صممه ديفيد وكسلر D. Wechsler عام ١٩٣٩ وفى ذهنه توجه إكلينيكى عميق .

أدت بحوث الذكاء والقدرات العقلية بشكل مباشر إلى تمكين الأخصائيين النفسيين الإكلينيكيين من فهم طبيعة الوظائف المعرفية والاختلالات فيها وقياسها بصورة تسمح باستثمار كل ذلك لتوفير الخدمة النفسية فى مجالات متعددة، منها تسكين الأطفال فى الفئات العقلية المختلفة أو المستويات الدراسية ، أو التعرف على خصائص أداء بعض المرضى بصورة تسهم بشكل مباشر فى التشخيص .

وبدأت نتيجة لذلك حركة القياس الفردى ذات الدلالة التشخيصية فظهر اختبار رورشاخ لبقع الحبر[٢] ، واختبار تفهم الموضوع[٣] لموراى ومورجان Murray and Morgan، وموراى من تلامذة مورتون برنس محرر مجلة علم النفس المرضى وكان طبيبا مثله ، كما كان هنرى رورشاخ H. Rorschach أيضا طبيبا ، وظهرت كذلك بطارية مينسوتا متعددة الأوجه للشخصية[٤] والتى وضعها هاثاوى وماكينلى

---

(1) Psychological Clinic
(2) Rorschach ink blot test
(3) Thematic apperception test
(4) Minnesota Multiphasic Personality Inventory

Hathaway and McKinleyوهو تعاون مشترك بين طبيب وعالم نفس، وقد أسهم هذا المقياس في الخدمة الإكلينيكية المباشرة وفي فحص الجنود المتوجهين الى ساحات الحرب العالمية الثانية.

ومثلت هذه المقاييس ، وتلك التوجهات نحو القياس الفردى، عناصر حركة كبيرة ونشطة اتسمت بقدر وافر من الخصوبة والإنتاجية ، وترتب عليها وتلاها ظهور العديد من المقاييس الإكلينيكية المهمة .

**تطور أساليب العلاج**

ظهرت مواكبة لكل ذلك – ومبكرة عن ذلك في أوربا – أساليب العلاج النفسى للمرضى العصابيين على وجه الخصوص ، ولعل أبرز أمثلة هذه الأساليب التحليل النفسى عند فرويد Freud، وأحيانا ما يمكن التأريخ لهذه الأساليب بفترة مبكرة أبعد من فرويد ، عند شاركوه Charchotمثلا ، وربما عند ميسمر Messmer الذى استخدم التنويم منذ فترة أسبق ، وإن كان الاستخدام الحقيقى لهذه الأساليب وغيرها قد اكتسب شرعيته بعد ذلك عندما أصبح جزءا من الممارسات الإكلينيكية وفقا لمنطق هذا العلم الجديد . ولا يمكن بالطبع إغفال الدلالات المهمة لأعمال واطسن Watson في استحداث عصاب الخوف التجريبى لدى الطفل البرت Albertوتفسيره لنشأة العصاب ، وهو التفسير الذى أسهم بصورة جوهرية في استثمار التشريط البافلوفى، ثم التشريط الفعال[1] لسكينر Skinner في ابتكار أساليب ومناحى علاجية مهمة دعمت علم النفس الإكلينيكى .

**قضايا التدريب الإكلينيكى**

شهد العقد الخامس من القرن العشرين، ما يمكن أن يطلق عليه اسم الميلاد الثانى لعلم النفس الإكلينيكى بالصورة التى نعرفه بها الآن . ففى أغسطس ١٩٤٩ انعقدت في مدينة بولدر بكولورادو Boulder, Coloradoبالولايات المتحدة تحت رعاية المعهد الوطنى للصحة العقلية[2] وجمعية علم النفس الأمريكية (Barlow et

---
(1) Operant conditioning
(2) National Institute of Mental Health

(1984, . al لجنة كان الهدف منها التوصل الى اتفاق على محتوى تدريب الأخصائيين الإكلينيكيين، بمعنى أن يصبح هذا التدريب نظاميا ، وأن يكون علم النفس الإكلينيكى مهنة تمارس وفق قواعد محددة، وانتهى الاجتماع بالاتفاق على نموذج تدريب العالم – الممارس[1]، وهو نموذج يؤكد على أهمية تدريب الأخصائى الإكلينيكى على كل من البحث والممارسة (Sanderson & Barlow, 1991) . والواقع أن هذا النموذج لم تبتكره اللجنة المجتمعة فى بولدر ، بل اقتبسته من نموذج سبق أن اقترحه شاكو (Shakow et al., 1946) غير أن القيمة الحقيقية التى أضافها اتفاق بولدر لهذا النموذج هى ذلك التأثير القوى ذو الطابع الرسمى على امتداد الولايات المتحدة لمبادىء التدريب المتخصص .

وتقوم التوصيات التى تم الإجماع عليها فى مؤتمر بولدر المتعلقة بنموذج تدريب المهنى المتخصص فى علم النفس الإكلينيكى بوصفه عالماً – ممارساً على خمسة اعتبارات مهمة على الوجه الآتى :

أولا : يجب أن يكون تدريب الطلاب الدارسين لعلم النفس الإكلينيكى على كل من البحوث والعلاج وبما يسمح لهؤلاء الطلاب بتطوير اهتمامات واكتساب معلومات فى كل من المجالين ، على الرغم من أن معظمهم سيركز غالبا على مجال واحد من المجالين خلال حياته العملية .

ثانيا: لأن علم النفس الإكلينيكى يفتقد المعلومات والأساليب العلاجية الفعالة ، تعتبر البحوث جزءا جوهريا فى المجال حتى يمكن تطوير قاعدة معلومات مناسبة .

ثالثا : لا يوجد سبب يمنع الطلاب من الجمع بين كل من الدورين .

رابعا: يؤدى الانخراط المباشر فى العمليات الإكلينيكية الى نشاط واضح من جانب الباحثين فى قضايا بحثية مهمة .

خامسا : سيوفر تقديم الخدمة النفسية دعما ماليا للنشاط البحثى للممارس.

وبهذا يكون مؤتمر بولدر فى عام ١٩٤٩ قد نجح فى تقديم نموذج جيد لتدريب

---

(1) Scientist - Practioner

الأخصائيين النفسيين الإكلينيكيين يتضمن تدريبا على كل من مناهج البحث والممارسات الإكلينيكية (Sanderson & Barlow,1991).

**بحوث العلاج**

يلى كل ذلك تطور البحوث العملية فى العلاج النفسى ، والتى أمدت علم النفس الإكلينيكى بمعين ثرى من الحقائق والأساليب، ومن أمثلتها أعمال روجرز C.Rogers وهانز ستروب H.Strupp ثم بحوث سولومون وكامينووين Solomon,Kamin,&Wynne (1953) باستخدام التشريط البافلوفى لاستحداث اضطراب سلوكى مشابه لعصاب الوسواس القهرى على الكلاب ، ثم علاجها باستخدام أسلوب الإغراق[1] ، ثم جاءت من ناحية أخرى وبصورة مشابهه أساليب جوزيف ولبه J. Wolpe فى الاتجاه ذاته ، وترتب على كل ذلك دعم ضخم لمنحى علاجى جديد هو العلاج السلوكى[2]، يلى ذلك تقديم أرون بيك A. Beck للعلاج المعرفى[3].

**العلاج**

بدأ الاهتمام بالعلاج يتزايد – من ناحية أخرى – ويذكر كروجمان (Krugman,1945) فى مسح مبكر قام به لميدان علم النفس الإكلينيكى حدوث تطور فيه ، هو نمو اهتمامات الإكلينيكيين بالعلاج ، وبينما ظهر هذا التطور فى أمريكا بصورة بطيئة نحو هذا التاريخ ، كان الأمر فى بريطانيا أكثر صعوبة نتيجة لمعارضة الأطباء النفسيين الشديدة ، وكانت مقاومة انخراط علماء النفس فى العلاج حادة ، واقتصر إسهامهم حتى ذلك الوقت على البحث والتشخيص ، وهما الوظيفتان الأساسيتان اللتان كانتا لعلم النفس الإكلينيكى فى بريطانيا وقتئذ . ومن الأمور الأكثر غرابة فى هذا الموقف تبنى بعض علماء النفس الإنجليز لهذا الاتجاه السيكايترى المعارض لإسهامهم فى العلاج ، فقد كتب أخصائى نفسى إنجليزى لزملائه فى أمريكا ذاكرا أن العلاج النفسى ليس وظيفة مناسبة لعلم النفس الإكلينيكى فى بريطانيا للأسباب الآتية :

(1) Flooding.
(2) Behavior therapy.
(3) Cognitive therapy.

١) أن العلاج مشكلة طبية والأخصائيين النفسيين ليسوا أطباء .

٢) أن الإسهام فى العلاج ينقص ويقلل من مستوى الأداء فى البحث والتشخيص .

٣) أن ممارسة العلاج تؤدى الى تحيز من جانبهم لصالحه مما يجعل تقييمه العلمى موضوعا للتساؤل (Eysenck, 1959) .

كانت هذه هى العوامل والظروف والمبادرات التى أفرزت علم النفس الإكلينيكى والعلاج النفسى منذ مطلع القرن العشرين وحتى الآن ، مساهمات متعددة ، ورواد مبدعون ، ونشاط بحثى ومهنى متميز ، وعقبات لم تصمد كثيرا أمام الجهود البناءة والمثابرة لأجيال من العلماء والباحثين والمعالجين.

# الفصل الثانى

## موقع علم النفس الإكلينيكى بين النظم اللصيقة

## موقع علم النفس الإكلينيكي
## بين النظم اللصيقة

لايقف أى فرع متخصص من فروع العلم فى فراغ مستقلا عن بقية فروع التخصص أو العلوم الأخرى ذات الاهتمامات اللصيقة، ويبين فحص نشأة علم النفس الإكلينيكى كيف تشكل هذا العلم من خلال بلورة العديد من الاهتمامات المستمدة من فروع أخرى ، وكيف بلور الكثير من مناحى التناول ، وحول قضية المعرفة الإنسانية من قضايا مجردة الى قضايا تطبيقية، وساعد على تخفيف المعاناة عن الفرد ، وكيف شكل أساليب وطرقا للبحث مكنته من الإسهام فى البناء التراكمى للعلم بدلا من الاقتصار على الإفادة فقط من المعرفة التخصصية التى توفرها له بقية فروع العلم .

يرتبط علم النفس الإكلينيكى – فى إطار هذه الرؤية – ارتباطا وثيقا بالكثير من فروع علم النفس ، كما يرتبط بالمثل ببعض فروع العلم الأخرى ، ولا يمكن بالطبع حصر حدود الاستفادة من هذه العلاقات ، كما لايمكن أن نحدد عدد الفروع والتخصصات ذات الصلة المباشرة أو غير المباشرة ، وكل ما يمكن هنا هو تقديم أمثلة – أو أهم الأمثلة – لهذه الروابط بين علم النفس الإكلينيكى وغيره من العلوم

والتخصصات ، وذلك بهدف إيضاح الإطار العام لهذا العلم والخلفية التى يستند إليها ، والمدى الذى يتعين على ممارس علم النفس الإكلينيكى أو الباحث فيه أن يمتد ببصره اليه ليقدم خدمة مثالية ، أو يقدم أفضل تفسير للظواهر والحقائق فيه .

### أ) صلة علم النفس الإكلينيكى بفروع علم النفس

#### ١- التعلم

يعد التعلم بوصفه ميدانا مهماً من ميادين علم النفس هو الأكثر اتساعا من حيث إمكانية تطبيق حقائقه فى علاج الاضطرابات العصابية ، مفسحا بذلك مجالا عريضا للممارسة الإكلينيكية. فالبداية الحقيقية للعلاج السلوكى على سبيل المثال جاءت من نظرية التعلم ، ومن واطسن Watson على وجه التحديد ، فمن خلال تجاربه هو وروزالى رينور R. Raynor أمكن القيام بتشريط تجريبى لطفل فى الشهر الحادى عشر من عمره لتعليمه استجابة الخوف من أشياء لم يكن يخاف منها من قبل (Moehle & Levitt, 1991)، وقد أمكنهما تشريط استجابة الفزع أو الجفول بعد الطرق على قضيب معدنى بمطرقة ، بحيث تصدر هذه الاستجابة نتيجة تقديم منبهات محايدة (لا تثير أساسا هذه الاستجابة) بعد أن قدمت عدة مرات مع طرقات المطرقة. وأمكن نتيجة لهذا الأسلوب جعل الطفل ( البرت الصغير ) يخاف من مجرد رؤية فأر أبيض صغير اقترنت رؤيته بصوت المطرقة . وتم تعميم استجابة الخوف لأشياء أخرى كثيرة بيضاء مثل الأرنب الأبيض، والكلب الأبيض ، والفراء الأبيض، وقناع سانتا كلوز الأبيض.

ماقام به واطسن ورينور هو أنهما اختبرا نظرية التعلم الشرطى بوصفها النظرية المفسرة لأنماط السلوك السوى والمرضى على السواء، من خلال استحداث تجريبى لعرض مرضى شائع هو الخوف . وبالتالى تمكنا من إثبات أن هذا الاضطراب – مثله مثل بقية الأعراض العصابية الأخرى – إنما يحدث من خلال آليات التعلم والتشريط.

جاءت الخطوة الثانية من مارى كوفر جونز M.C.Jones بعد ذلك ، وهى تلميذة واطسن ، لتطبق الطرق التى اقترحها واطسن وريدور ، والمشتقة من نظرية التعلم فى علاج مخاوف الأطفال بين عمر الثلاثة أشهر والسبع سنوات ، واستخدمت

فى هذا منهجين مهمين الأول هو التشريط المباشر والثانى هو التقليد[١] .

جاءت إسهامات أخرى عديدة من نظريات التعلم المختلفة ، كان من أبرزها الإضافات التى تنسب الى نظرية التعلم الاجتماعى لبندورا Banduraالذى رأى - وفق نظريته فى الفعالية الشخصية[٢] - أن التغير السلوكى الذى ينتج عن العلاج إنما يحدث نتيجة تحسن إدراك الفرد لفعاليته الشخصية ، والتى تتحسن بدورها من خلال الإنجاز التحصيلى والإثارة الفسيولوجية والاقتناع اللفظى والتأثيرات البديلة .(Bandura,1977a)

### ٢- التحليل النفسي

كان التحليل النفسى رافدا أساسيا بعيد الأثر فى علم النفس الإكلينيكى سواء فى مجال التشخيص أو العلاج ، وقد ظل هو المنحى الأكثر أهمية وثراء فى علم النفس الإكلينيكى ، وفى الممارسة على وجه الخصوص حتى منتصف القرن العشرين. فقد سيطر تحليل فرويد للشخصية والقوى التى تحكمها : الأنا والهو والأنا الأعلى ، ونظرية الصراع الذى ينظم العلاقة بينها ، ويحدث من خلاله التوازن السوى أو غير السوى على مفاهيم الأخصائيين النفسيين الإكلينيكيين والأطباء النفسيين طوال النصف الأول من القرن العشرين . وقد استخدم التحليل النفسى فى علاج الكثير من الأعراض الهستيرية والعصابية الأخرى . وقد أرجع الأطباء والمحللون النفسيون عددا من الاضطرابات العقلية الى العوامل اللاشعورية والصراعات المختلفة بوصفها إرجاعا[٣] لها. وقد ظل التحليل النفسى وفق مفاهيم فرويد الأساسية هو المنحى السائد فى العلاج وفى مفاهيم التشخيص حتى صدور الدليل التشخيصى والإحصائى الثالث للاضطرابات العقلية[٤] عام ١٩٨٠ . وقد مهد بلويلر Bleuler الطريق للتشخيص النفسى وفق نظرية فرويد، وهو التشخيص القائم على الاهتمام بالظواهر المستنبطة من مفاهيم مثل العمليات الأولية والرفض والإسقاط ، وضعف حدود الأنا . (Maxmen & Ward, 1995:9).

(1) Imitation
(2) Self efficacy
(3) Reactions
(4) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III)

٣- الشخصية

تكاد نظريات وبحوث الشخصية أن تكون أقرب الفروع لعلم النفس الإكلينيكى . فالكثير من نظريات الشخصية – ونظرية فرويد واحدة منها – اتجه اهتمامها الى مجال السواء ، بينما اتجه اهتمام البعض الآخر الى تفسير أنماط عدم السواء أو سوء التوافق، ومحاولة استكشاف الأبعاد المختلفة للشخصية والمحددات التى تشكل السلوك وتؤثر فيه، وقد استمد علم النفس الإكلينيكى الكثير من المفاهيم المهمة من الشخصية ، من ذلك مفاهيم الكفاءة والملاءمة والتوافق والفعالية . ودائما ماتؤدى دراسات الشخصية الى فتح مجالات جديدة للخدمة النفسية الإكلينيكية ، من ذلك ما انتهت اليه البحوث من تأثير التوتر على الجهاز المناعى للفرد، وطالما أنه يمكن علاج التوتر والتخلص منه من خلال تطبيق أساليب العلاج السلوكى ، فيبدو من الممكن فى هذه الحالة إسهام العلاج السلوكى فى شفاء بعض الامراض العضوية الخطيرة مثل السرطان وأمراض القلب (Eysenck,1991).

٤- القياس النفسى

إحدى الخصائص المهمة فى علم النفس الإكلينيكى هى استخدامه لأدوات موضوعية فى التشخيص والتقييم، سواء قبل العلاج أو أثناءه أو بعده ، ولأن القيمة الحقيقية لمثل هذه الأدوات تتمثل فيما تتسم به من صدق وثبات ووضوح فى المفاهيم التى قامت عليها ، كان لابد لعلم النفس الإكلينيكى أن يعتمد على حقائق وأساليب القياس النفسى فى تصميم وتقنين الاختبارات والاستخبارات وقوائم التقدير المختلفة التى تستخدم، سواء فى الممارسة أو البحث أو التشخيص والتقييم . ونتيجة لهذه الصلة الوثيقة أصبح التدريب المكثف على فنيات ومفاهيم القياس النفسى جزءا أساسيا من تأهيل الأخصائى النفسى الإكلينيكى . ويلاحظ الآن – أكثر من أى وقت مضى – ذلك القدر الضخم من الإسهام الذى شارك به المتخصصون فى علم النفس الإكلينيكى فى مجال تصميم وتقنين المقاييس . وقد صممت بعض المقاييس بهدف واضح ومباشر للاستخدام الإكلينيكى للكشف عن اضطرابات معينة وتحديد شدتها كميا ، كما صممت مقاييس تقدير للاستخدام خلال المقابلة الإكلينيكية للمرضى الذهانيين

(Chapman and Chapman, 1980)، كما صمم وينج وزملاؤه «اختبار الحالة الراهنة» [١] بهدف تمكين الأخصائى الإكلينيكى المدرب من الحصول على تقييم تفصيلى للأعراض (Wing et al.,1974)، كما طورت بطاريات لتقييم الوسواس القهرى مثل بطارية المودزلى للوسواس القهرى [٢] لهيدجسون ورخمان (Hodgson & Rachman, 1997, Rachman & Hodgson, 1980) ويقدم فيشر وكوركوران مجلدين كاملين للاختبارات المختلفة القصيرة المستخدمة فى علم النفس الإكلينيكى (Fischer & Corcoran,1994 ).

ويكاد لايوجد الآن اضطراب أو عرض مرضى لاتتوافر اختبارات ومقاييس لتقييمه ، كما لايخلو تقرير بحثى إكلينيكى يعرض أو يستخدم هذه الأدوات من الإشارة الى خصائصها السيكومترية . وعندما نضع فى اعتبارنا ذلك الالتحام بين دور الباحث ودور الممارس فى علم النفس الإكلينيكى فيمكن أن نقدر مدى الصلة الوثيقة بين القياس النفسى وعلم النفس الإكلينيكى .

**٥- علم النفس الفسيولوجي**

لاجدال فى أن الصلة وثيقة بين السلوك ووظائف الأعضاء ، وهناك تبادل مستمر للتأثير نتيجة لأن الكائن الحى وحدة واحدة ، من ذلك أن هناك أعراضاً بدنية للانفعال الشديد ، كما تقترن ببعض الاضطرابات الشخصية والعقلية بمظاهر فسيولوجية مهمة ، والمخاوف على سبيل المثال تتضمن مستوى مرتفعاً من الإثارة [٣] العصبية لدى المفحوصين ، فى حالة الهلع المفاجىء [٤] على وجه الخصوص . وتتوافر بيانات نفسية وفسيولوجية مهمة تؤكد الطبيعة النشطة للخوف فى المستوى الفسيولوجى (Foa & Kozak,1986) . يلاحظ من جانب آخر استخدام المؤشرات الفسيولوجية فى التنبؤ باحتمال ظهور أعراض الخوف ، فالمعدل السريع لضربات القلب الذى يحدث قبل الاختبار السلوكى السابق مباشرة على العلاج كان منبئاً جيداً بعودة الخوف للمريض حتى بعد نجاح علاجه (Lindsay, & Powel 1994).

(1) Present state examination
(2) Moddsely Obsessional Compulsive Inventory
(3) Arousal
(4) Panic attacks

وقد استخدمت البيانات النفسية الفسيولوجية مثل خاصية التوصيل الكهربائى للجلد ، ومعدل ضربات القلب من بين الكثير من المتغيرات الأخرى التى تستخدم فى الفحص الإكلينيكى. ومع ذلك يتعين ملاحظة أنه قد تبين –منذ فترة طويلة – أن الارتباطات بين الكثير من المتغيرات الفسيولوجية والأعراض الخاصة بالمخاوف كانت منخفضة ومعقدة (Dufft,1962).

غير أن ذلك لايقلل من حقيقة العلاقة بين الآثار المتبادلة بين المتغيرات النفسية والفسيولوجية ، فالقلق الشديد والإحباط قد يترتب عليهما حدوث قرحة فى المعدة أو التهاب القولون العصبى أو الربو ، كما يصاحب الإصابة بأمراض القلب والأمراض الأخرى المستعصية درجات من الاكتئاب وفقدان الفعالية النفسية . ولا يستطيع الأخصائى الإكلينيكى أن يكون بمعزل عن دراسة علم النفس الفسيولوجى وهذه التأثيرات المتبادلة بين سلوك الكائن الحى وبين وظائفه الجسمية . وفى غيبة هذا النوع من الحقائق قد يقع الأخصائى الإكلينيكى فى خطأ الاعتماد على تفسيرات لفظية أو فرضية زائدة ، أو الفشل فى التعرف على عوامل أساسية تحدد السلوك أو تترتب عليه.

**٦- علم النفس المرضي وعلم نفس الشذوذ**

يسهم هذان الفرعان المتداخلان الى حد كبير فى توفير نوع مهم من الحقائق لعلم النفس الإكلينيكى، سواء فى المستوى النظرى أو التطبيقى . فنظرية المرض وتعريف وتصنيف الاضطرابات المختلفة هما محور هذين التخصصين . ودون المعطيات الجوهرية التى تتوافر من علم النفس المرضى قد يجد الأخصائى الإكلينيكى أنه يتعامل مع أجزاء متقطعة من السلوك ، وظواهر وأعراض لايعرف الروابط بينها . فالممارسة الإكلينيكية تعتمد على فهم الانتظام والمبادىء والتصنيفات التى تنتظم فيها الأعراض المرضية والاضطرابات المختلفة . ويقوم علم النفس المرضى بدراسة الأنساق التصنيفية والتشخيصية المختلفة والمحكات الفارقة للاضطرابات، وتعريف المفاهيم الأساسية، وإثارة الأسئلة المهمة التى تستثير البحوث الجديدة فى المجال . من ذلك التمايز الذى لوحظ بين الأعراض الإيجابية فى الفصام كالهذاءات والهلاوس،

واضطراب التفكير ، وبين الأعراض السلبية التى تتضمن التسطح الوجدانى ، وعدم المبالاة والانسحاب الاجتماعى ، والإقلال من الحديث . ورغم أن مرضى الفصام يظهرون غالبا نمطى الأعراض الإيجابية والسلبية (Gueif et al.,1989) معا ، إلا أن هذا التمييز يثير تساؤلات جديدة تتطلب البحث للحسم فى عدد من البدائل المهمة التى تفسر هذين النمطين ، من ذلك أنهما قد يعبران عن اضطرابين أساسيين مستقلين، أو قد يكونان درجات مختلفة من الشدة للاضطراب نفسه ، أو قد يكونان بمثابة فروق فردية فى الاستجابة للاضطراب نفسه ، أو أنهما مراحل مختلفة لاضطراب واحد ، أو أنهما يفسران بأكثر من احتمال من هذه الاحتمالات فى الوقت الواحد (Liddle, 1987, Hemsley, 1994).

والواقع أن التطور السريع فى علم النفس المرضى والذى يعتمد على حجم ضخم من البحوث ، وعلى اختبارات لصحة التصنيفات ونظم التشخيص المستحدثة للأضطرابات المختلفة ،هو الذى يوفر لعلم النفس الإكلينيكى قدرا من الصلابة والدقة فى التعامل مع ظواهره .

### ٧- علم النفس المعرفى

أسهم علم النفس المعرفى فى تزويد علم النفس الإكلينيكى بعنصرين كبيرى الأهمية ، دفعا به الى مزيد من الفعالية والكفاءة فى تناوله لعدد من الاضطرابات المهمة :

العنصر الأول هو المنظور المعرفى الجديد ، كما يقدمه أرون بيك A. Beck فى تفسير بعض الاضطرابات مثل الاكتئاب والمخاوف ، وهو تفسير يختلف عن التفسيرات السلوكية السابقة ، ويقدم إضافة جديدة لكيفية حدوث هذه الاضطرابات ، تقوم على أن المزاج الاكتئابى ينشأ نتيجة اعتقاد الأفراد ، الذين يتسمون أساسا بنظرة تشاؤمية وسلبية لخبراتهم المختلفة، فى أفكار ومدركات سلبية وغير موضوعية . وحيث تتسم أفكار هذه الفئة من الأفراد بالتعميم المفرط للخبرات السلبية ، والتقديرات الدونية للذات وكفاءتها ، وقيامهم بتجريدات انتخابية سلبية الطابع ، بالإضافة الى تعاملهم مع خبراتهم من خلال ثنائية لا تقبل التوسط ، فالأمور والأحداث المختلفة بالنسبة لهم

إما بيضاء أو سوداء . ويفسر بيك الاكتئاب باعتباره منظومة معرفية ثلاثية الأبعاد تتمثل فى نظرة الشخص السلبية لذاته وللعالم وللمستقبل (Beck,1976) .

العنصر الثانى هو توفيره لأسلوب معرفى فى العلاج يعتمد على التفسير العقلانى لهذه العناصر المعرفية السلبية الثلاثة واختبارها معرفيا؛ فى ضوء الواقع والأحداث الفعلية التى يعيشها الفرد وما تتضمنه من إنجازات وإيجابيات ، ويؤدى كل ذلك الى مواجهة هذه العناصر السلبية وإحلال عناصر إيجابية بدلا منها ، وقد أضاف هذا المنحى لعلم النفس الإكلينيكى واحدا من أهم الأساليب العلاجية ، وهو العلاج المعرفى .

ويذكر دوبسون (Dobson,1989)أن العلاج المعرفى للاكتئاب يبدو أكثر أساليب العلاج فعالية ، سواء بالمقارنة بالأساليب النفسية أو السلوكية أو الفارماكولوجية. وتتوافر دلائل من جانب آخر على أن العلاج المعرفى للاكتئاب يقلل من خطر الانتكاس مقارنة بالعلاج الدوائى (Bradley,1994) . ويتم الآن الجمع فى حزمة واحدة بين كل من أساليب العلاج المعرفى والعلاج السلوكى فى شكل جديد للعلاج هو العلاج المعرفى السلوكى، والذى تشير نتائج المراجعات الحديثة لفعاليته بالمقارنة بأساليب العلاج الأخرى (de Jung et al .,1986) .

ليست هذه فقط هى كل فروع علم النفس ذات الصلة الوثيقة بعلم النفس الإكلينيكى ، أو التى أفاد منها ، فلا يخلو فرع من الفروع الأخرى الكثيرة إلا وكانت بينه وبين الخدمة الإكلينيكية روابط وروافد مهمة . ويعبر كل ذلك عن حقيقتين هامتين :

**الحقيقة الأولى**

هى أنه نتيجة لأن علم النفس الإكلينيكى فرع تطبيقى من فروع علم النفس ، فالمتوقع منه ، وهو ما حدث بالفعل ، أن يستمد من كل فروع علم النفس الأخرى الحقائق والنظريات والأساليب والأدوات التى تؤدى الى كفاءة تقديم الخدمات الإكلينيكية .

**الحقيقة الثانية**

هى أن علم النفس الإكلينيكى كان تطورا طبيعيا لابد أن يتحقق فى مجال علم النفس لتوفير الخدمة العلاجية المطلوبة منه، باعتبار ذلك عائداً للاستثمار الإنسانى فى بحوث هذا التخصص . فقد ظل علم النفس حتى العقد الثانى من القرن العشرين مهتما ومكرسا القدر الأكبر من نشاطه لدراسة العمليات الشعورية وبنية التفكير ، وفقا لمفاهيم فونت ومدرسه ليبزج ، وكان لابد من خطوة مهمة للنزول بهذا العلم الى ميدان الاختبار العملى ليقدم خدماته ، وهو الأمر الذى مهد وسعى إليه ويتمر .

**ب) صلة علم النفس الإكلينيكي بالعلوم الطبية**

لاتقتصر صلات علم النفس الإكلينيكى على التخصصات الفرعية الأخرى فى علم النفس فقط ، بل تمتد صلاته وتتداخل مع عدد من فروع الطب والبيولوجيا طالما أن اهتماماته تتجه الى المرض والعلاج ، ورغم أن فروع الطب تتعامل مع الجسم الإنسانى بكل أجهزته بوصفه تكويناً بيولوجياً[1] إلا أن اختلال الأداء العقلى والاضطرابات فى السلوك والتفكير لم تستعص فقط على الفهم البيولوجى الكامل ، وإنما قاومت فى الكثير من الحالات التدخل الدوائى والكيميائى . وفى ضوء وحدة الكائن الحى كان من الضرورى إتاحة حيز مناسب للتدخل النفسى لتحدى هذه الاضطرابات والتعامل معها وفق مفاهيم غير بيولوجية ، ونتيجة للاشتراك فى ميدان واحد جنبا الى جنب مع العلوم الطبية ، يصبح من الضرورى التعرف على صلة علم النفس الإكلينيكى بهذه العلوم .

**١- الطب النفسى**

ربما يعكس الخلط فى أذهان بعض الناس بين الطب النفسى وعلم النفس الإكلينيكى حجم الصلة الوثيقة بين هذين التخصصين . إذ نتبين ، من ناحية، أن مجال الاهتمام وميدان العمل بينهما واحد ومشترك وهو الاضطرابات النفسية وأشكال الشذوذ فى التفكير والسلوك وانحرافات الشخصية ، وما يترتب عليها من سوء توافق أو

---

(1) Biological structure

صعوبات اجتماعية وأسرية ومهنية، أو انهيار فى تماسك الفرد وأدائه الكلى . وجوهر نظرة كل من التخصصين لهذا المجال الواحد من الاهتمام مختلف أساسا ، فالطب النفسى انبثق من العلوم الطبية ، والتوجه الطبى يسعى لفهم الاضطرابات والاختلالات النفسية بوصفها أعراضاً ناتجة عن مشكلة عضوية تستجيب للوسائل الكيميائية (الأدوية والعقاقير) . بينما ينظر علم النفس الى الاضطرابات والاختلالات نفسها باعتبارها محصلة لعوامل نفسية مختلفة ناتجة عن التعلم أو ضغوط البيئة، واستعدادات الفرد لمواجهتها، أو نتيجة لتفاعلات دينامية بين قوى نفسية كامنة ولاشعورية وميكانيزمات مختلفة حسبما رأى فرويد منذ وقت مبكر .

غير أن هذه المنطلقات المتباعدة لم تمنع من انفتاح كل منهما على الآخر والتعاون فى مجالات فهم الأعراض والزملات المرضية ، وتصنيفها وتشخيصها وعلاجها . وقد تأثر التشخيص السيكياترى منذ فترة مبكرة استمرت حتى منتصف الخمسينيات بالمنحى النفسى الذى مهد إليه بلويلر Bleuler . بل يمكن القول إن هذا التوجه التشخيصى النفسى الطابع ظل هو السائد بالفعل حتى صدور الدليل التشخيصى والإحصائى الثالث(١) فى عام١٩٨٠ ، وكان هذا المنحى يتفق مع أفكار فرويد ذات الشعبية بين العوام، والذى اهتم أساسا بأسباب الاضطراب، وأكد هذه الأسباب بصياغات مثل الإرجاع(٢) الفصامية والبرانويدية، مؤكدا على مفاهيم تحليلية مثل العمليات الأولية، والرفض، والإسقاط، وضعف حدود الأنا (Maxmen & Ward, 1995,p.9) .

وعندما تحول المنظور السيكياترى بعد ذلك عن هذا التوجه في الدليل التشخيصى الثالث والرابع، وبدأ يتعامل مع مفاهيم الأعراض والعلامات ملتزما بمنحى ظاهراتى(٣) فى النظر الى الاضطرابات فى ذاتها دون كبير عناية بتفسيرها بعوامل دينامية غير منظورة ، مقتفيا بذلك منظور كريبلن Kraeplin التصنيفى ، كان المنحى السلوكى فى علم النفس قد رسخ وبدأ فى تقديم التطبيقات العلاجية مغفلا

---

(1) Diagnostic and Statistical Manual - III

(2) Reactions

(3) Phenomenological

هو الآخر المفاهيم والتفسيرات الدينامية ، وأدى ذلك الى تقارب كبير بين التخصصين، واهتم علماء النفس الإكلينيكى بالنظام التشخيصى السيكياترى من جانب، واهتم الأطباء النفسيون بالأساليب المعرفية والسلوكية من جانب آخر . وقد أدى ذلك الى تنمية التعاون المثمر بين المتخصصين فى المجالين ، وأصبح هناك اتجاه الى استخدام كل من الأساليب السلوكية والمعرفية الى جانب العلاج الدوائى كلما أظهرت الحاجة داعيا لذلك ، ويمكن أن نلمح بعض المعالم الإيجابية فى العلاقة بين التخصصين:

أولا: هناك ترحيب كبير على المستوى النظرى والعملى من جانب الأخصائيين النفسيين بالنظام التشخيصى السيكياترى.

ثانيا: لم يغفل هذا النظام التشخيصى ( فى الدليل الرابع ) مفهوم العوامل السببية إغفالا تاما، بل أغفل الخصائص الدينامية من ناحية، وتخلى عن فكرة العامل الواحد من ناحية أخرى ، مفترضا تعدد العوامل فى أغلب الاضطرابات .

ثالثا : ظهر تعاون وثيق بين علماء الطب النفسى وعلماء النفس الإكلينيكيين فى الإسهام فى صدور الدليل التشخيصى الرابع على وجه الخصوص ، حيث أسهم فى إعداده بعض علماء النفس وليس الأطباء فقط .

رابعا: رغم أن الدليل التشخيصى والاحصائى الثالث المعدل للاضطرابات العقلية[1] يقوم على أسس تصنيفية فئوية ، إلا أنه يتضمن بعض المكونات البعدية[2]، أى التى تعتمد على الفروق الكميةوهى نظرة نفسية أساسية ، مثال ذلك تقديرات المحور الخامس[3] لمستويات الأداء التوافقى (Moras & Barlow, 1992).

خامسا : لم يغفل الدليل التشخيصى والإحصائى الرابع العوامل النفسية والاجتماعية والمشكلات البيئية ، وخصص لها المحور الرابع بأكمله (Morrison, 1995 ,p. 6, Fauman, 1994, p.12)

(1) DSM III-R
(2) Dimensional
(3) Axis V

**٢-البيولوجيا**

يعد من قبيل التبسيط المخل ، والذى يتعارض مع طبائع الأمور، الزعم بأن كل الاضطرابات النفسية – وبالتالى أساليب العلاج – تقوم على حقائق نفسية بحتة ، مع إغفال الدور الأساسى والجوهرى للبنية العضوية للكائن الحى ، تكوينها وأدائها . لهذا فإن الأخصائى النفسى الإكلينيكى يسعى فى المرحلة المبكرة من التشخيص الى التعرف على المشكلات ذات الطابع العضوى لدى المريض : هل توجد إصابة فى المخ أدت الى تلف مسئول عن الاضطراب المعين ؟ ، هل يوجد عامل وراثى فى الأسرة يفسر المشكلة؟ ، هل هناك اضطراب فى الغدد الصماء ؟ ، هل يوجد عطب فى بعض الحواس ؟، هل يوجد خلل كروموزومى أدى الى هذا النمط من التخلف العقلى؟. وتوضح بعض الأمثلة المأخوذة من حالات التخلف العقلى أهمية الاهتمام بالعوامل البيولوجية . من ذلك أن حالات زملة الكروموزوم٢١ الثلاثى أو ما يعرف باسم زملة داون[١] تنشأ نتيجة اضطراب كروموزومى أدى الى أن يصبح الكروموزوم رقم٢١ ثلاثيا بدلامن حالته الثنائية الطبيعية إما نتيجة لالتحام جزء مكسور من ذراع كروموزوم آخر أو لكسر فى ذراع الكروموزوم٢١ نفسه (Smith & Williams , 2005) . من ناحية أخرى تؤدى إصابة الأم الحامل خلال الشهور الثلاثة الأولى بالحصبة الألمانية ولمدة ثلاثة أيام متتالية الى تأثيرات مباشرة ومتعددة على الجنين ينتج عنها إمكان فقدان الطفل للبصر أو إصابته بالصمم ، أو تعرضه لاضطرابات فى وظائف القلب ، أو الصرع ، أو الشلل المخى ، أو التخلف العقلى (Steiner et al.,2007) .

والكثير من الحالات ذات المشكلات العقلية والنفسية التى تحظى باهتمام الأخصائى النفسى الإكلينيكى قد تكون نتيجة لأسباب عضوية كالقصاع[٢] مثلا والذى ينشأ عن نقص مخزون الثيروكسين فى الغدة الدرقية ، وحالات الفينيل كيتونوريا[٣] الناتجة عن اضطراب تمثيل الدهون وتراكمها فى جسم الخلية العصبية

(1) Down syndrome
(2) Cretinism
(3) Phenylketonuria

واضطراب الخلايا، وكذلك اضطراب تمثيل الأحماض الأمينية نتيجة لفشل الكبد في إنتاج إنزيمات تحويل الحامض الأميني ( الفينيل الينااين[١] ) الموجود في الخلية الى ثايروستين، وتراكم الأحماض المشتقة في الفينيل الينااين في الدم والبول ، وكذلك اضطراب تمثيل الكربوهيدرات الذي قد يحدث لأسباب وراثية أو غير وراثية حسب نوع المرض (Helhammer,1992) .

ويسهم علم الحياة ( أو البيولوجيا) في توفير الحقائق في هذا المجال، وفي التفسيرات المختلفة ، ويقوم الأخصائي الإكلينيكي بالتعاون في مثل هذه الحالات مع الطبيب المختص للعمل على توفير التوازن البيولوجي الذي يحتاجه بعض المرضى ممن تتمثل مشكلتهم في اضطراب هذا التوازن وذلك قبل بدء العلاج ، أو لعلاج الجوانب التي تتطلب تدخلا طبيا مباشرا ، أو لتفسير الأسباب العضوية خلف اضطراب معين أو نمط من الأداء غير السوي.

### ٣- علم الأعصاب

يسهم علم الأعصاب[٢] إسهاما مباشرا مع كل من علم النفس والطب النفسي في العناية بالكثير من أنماط عدم السواء المعرفية أو الحركية الناتجة عن أمراض أو إصابات في المخ . ويلاحظ أن التكوين الشبكي والموصلات العصبية وخصائص الكف والاستثارة والتخزين العصبي جميعها مسئول عن تشكيل جانب كبير من السلوك، كما تعد خصائص الكف والاستثارة من العوامل المهمة في عملية التشريط .

وتحتل مشكلات التلف المخي وأمراض المخ[٣] محور الاهتمام في علم النفس العصبي[٤] وهو الفرع من العلم الذي يجمع بين الاهتمامات النفسية والعصبية ويربط بينهما. من ذلك المشكلات الخاصة بمرض الزهايمر[٥] والذي يتضمن تدهورا شديدا في الوظائف المعرفية والتذكر ، مما يستدعي التعرف على الفروق بينه وبين الاضطرابات النفسية الأخرى وأساليب التدخل الممكنة، التي يمكن أن يسهم بها الأخصائي النفسي

(1) Phenylalanine
(2) Neurology
(3) Brain damage and brain diseases
(4) Neuropsychology
(5) Alzheimer disease

الإكلينيكى فى المستوى التاهيلى . من ذلك أن هارت وزملاؤه (Hart et al ., 1987) قارنوا بين أداء مرضى اكتئابيين مسنين من بين المقيمين بالمستشفى ، وأداء مرضى مكافئين لهم فى العمر والتعليم من مرضى اللازهايمر ، ومجموعة ضابطة ، وكان أداء المرضى الاكتئابيين أضعف من أداء المجموعة الضابطة فى الاستعادة (التذكر) الكلية ، وفى استعادة أجزاء من بنود يتم تذكرها من محاولة بعد الأخرى ، كما كانوا مختلفين جوهريا عن المجموعة الضابطة من حيث فشلهم فى الاستفادة من القدرة التخيلية للمساعدة فى تذكر البنود. ومع ذلك فقد كانت ذاكرة الاكتئابيين متميزة فى تفوقها على ذاكرة مرضى اللأزهايمر فى كل الجوانب فيما عدا الفشل فى الافاده من التخيل .

نجد أيضا بين حالات عدم السواء العصبية ذات الدلالة النفسية المهمة الزملة العصبية المعروفة باسم زملة جيل دى لاتورت [١] . ويورد الدليل التشخيصى والإحصائى الرابع المحكات التشخيصية لهذه الزملة تحت البند ٢٣و٣٠٧ فى الآتى :

أ) تعدد فى الخلجات الحركية وخلجة صوتية أو أكثر تظهر فى وقت ما أثناء المرض، بالرغم من عدم ضرورة تلازم حدوثها . والخلجات عبارة عن حركة نمطية أو صوتية خارجة عن الإيقاع العادى تحدث فجأة وبسرعة وبشكل متكرر .

ب) تحدث الخلجات[٢] عدة مرات فى اليوم ( عادة فى صورة نوبات )، وتحدث كل يوم قريبا، أو على فترات متقطعة على مدى عام دون وجود فترة انقطاع تزيد عن ثلاثة أشهر متصلة على الإطلاق .

ج) يؤدى هذا الاضطراب الى تكدر ملحوظ أو عجز جوهرى فى مجالات الأداء المهنى ، أو المجالات الأخرى المهمة .

د) تحدث النوبة الأولى قبل عمر الثامنة عشرة .

هـ) لايرجع هذا الاضطراب لتأثير فسيولوجى مباشر للعقاقير ( مثل المنبهات) أو لأسباب طبية عامة مثل مرض هنتنجتون[٣]أو الالتهابات المخية الفيروسية[٤] .(APA,1994;103)

(1) Gilles de la tourette syndrome
(2) Tics
(3) Huntington disease
(4) Post viral encephalitis

وقد توصل عدد من البحوث الى وجود مجموعة من الاضطرابات النفسية المصاحبة لزملة جيل دى لاتورت، من بينها اضطراب الوسواس القهرى ، واضطرابات الانتباه ، والإفراط فى النشاط(١) (Robertson & Eapen,1992). كما وجدت روبرتسون أيضا علاقة بينه وبين صعوبات التعلم والتى عادة ما يحال العميل بسببها الى الأخصائى النفسى الإكلينيكى (Robertson,1989)، إضافة الى السلوك غير الاجتماعى ، والنشاط الجنسى غير الملائم ، والميول الاستعراضية ، والسلوك العدوانى، واضطرابات النوم وغيرها .

يتضح من هذا العرض عدم إمكان إغفال الكثير من الأسباب العصبية التى تقف خلف أشكال متعددة من الاضطرابات السلوكية ، كما لا يمكن إغفال الجوانب المعرفية والحركية والسلوكية المصاحبة للأمراض العصبية كالصرع أو الشلل المخى مثلا . ولعلنا نستطيع إقامة تشابه بين العلاقة التبادلية بين الأداء العصبى فى مجالاته المختلفة والأداء النفسى بذلك الذى يحدث فى الحواسب الإلكترونية(٢)، ففى الحاسب لدينا بنية هندسية إلكترونية تتكون من مجموعات من الدوائر المتكاملة(٣) هى ما يطلق عليها اسم البنية الصلبة(٤) ، ولدينا أداء خارجى يتمثل فى استثمار خصائص وإمكانات هذه البنية الداخلية فى صورة برامج ذات أغراض متنوعة هى التى يطلق عليها اسم البرمجيات(٥)، ويؤدى أى خلل فى البنية الداخلية الى اضطراب جوهرى فى أداء البرامج المختلفة .

### ٤- علم العقاقير أو الفارماكولوجيا

يستخدم الأخصائى النفسى الإكلينيكى الأساليب النفسية والسلوكية ، المشتقة من عدد من النظريات والتجارب المهمة ، التى تفسر كيف يتشكل السلوك السوى وغير السوى فى علاج الاضطرابات المختلفة التى تقع فى نطاق تخصصه ، وبالرغم

---

(1) Hyperactivity
(3) Computers
(3) Integrated circuits
(4) Hardware
(5) Software

من ذلك يظل فى حاجة الى معرفة الآثار التى تحدثها العقاقير والعناصر المختلفة فى سلوك المريض أو تؤثر فى مستوى الإثارة لديه على سبيل المثال ، أو تأثير انسحاب بعض العقاقير على السلوك ، أو نوع العقاقير التى يمكن أن تسهم فى دعم العلاج النفسى لحالات معينة كحالات الاكتئاب أو الوسواس القهرى مثلا . ويهتم المعالج بمعرفة آثار هذه العقاقير على الاضطرابات المختلفة، وما إذا كان يمكن اعتبار بعضها علاجا كافيا فى ذاته، أو عاملا مساعدا فى العلاج النفسى بصورة دائمة ، أو فى مرحلة معينة منه فقط . وهل تحقق بعض هذه العقاقير فائدة حقيقية ، أم تحقق درجات متباينة من النجاح ، مثال ذلك استخدام العقاقير المضادة للاكتئاب فى علاج الوسواس القهرية (Cobb,1992, Goodman et al ., 1992) .

ونتيجة لأن الكثير من الأمراض والاضطرابات يستخدم فى علاجها كل من الأساليب النفسية ( المعرفية أو السلوكية ) والدوائية معا ، يصبح من الضرورى دراسة تأثير هذه العقاقير على علاج عدد من حالات عدم السواء أو الاضطرابات ، للتعرف على ما إذا كانت كافية بمفردها أو بديلا مناسبا للعلاج النفسى، أم أن استخدام الأسلوبين معا هو الأكثر مناسبة، من ذلك استخدام مشتقات الترايسلين[١] وأملاح الليثيوم[٢] فى علاج الاكتئاب. وتشير دراسة دى روبيز وزملاؤه (DeRobeis et al.,1990) الى أن العلاج بالتريسكلين يؤدى الى النتيجة نفسها التى يحدثها العلاج المعرفى من حيث تغير الحالة المعرفية للمريض ، إلا أن هذه التغيرات المعرفية الناتجة عن الدواء لاتنبىء بالتحسن الحقيقى للحالة ، على عكس ما يحدث فى العلاج المعرفى. من جانب آخر وجد هولون وزملاؤه (Hollon et al.,1991) بعض الإمكانات التعزيزية المحتملة لتأثير العلاج عند الجمع بين العلاج المعرفى والدوائى.

يضاف الى ذلك القدر من الاهتمام الذى نسبغه على آثار الكحول والمخدرات على عدد من الوظائف المعرفية والسمات السلوكية ، مثل التركيز أو التوازن ، واضطرابات الإدمان . لكل هذا يتعين على الأخصائى الإكلينيكى أن يتابع هذا المجال والإنجازات فيه ، وأن يضمن فى تجاربه وبحوثه مثل هذه المتغيرات أو يتحكم فيها

(1) Tricycles
(2) Lithium carburets

بأساليب الضبط المختلفة لدراسة تأثيرها فى التدخلات العلاجية ، وهو الأمر الذى يحدث الآن بالفعل . وللتحقق من أهمية هذا الفرع من فروع العلم بالنسبة لعلم النفس الإكلينيكى يكفى فحص عينة عشوائية من البحوث الإكلينيكية خلال السنوات الخمس الأخيرة ، وحيث نجد أن نسبة كبيرة منها هدفت إما الى فحص تأثير بعض العقاقير أو مقارنة آثار بعضها بالعلاج النفسى أو السلوكى أو المعرفى ، أو أنها تدرس حجم الإضافة الذى يسهم به اقتران بعضها باستخدام أساليب سلوكية فى العلاج .

وترى النظرة التقليدية لعلم النفس الإكلينيكى ، أن الأخصائى النفسى الإكلينيكى يقتصر دوره على استخدام الأساليب النفسية دون غيرها فى ممارساته ، إلا أن هذه النظرة تغيرت مثلما تغيرت من قبل النظرة التى كانت تقصر مجال علم النفس الإكلينيكى على الفحوص والبحوث (Eysenck,1959). تغيرت هذه النظرة التقليدية بعد أن تبنت جمعية علم النفس الأمريكية الدعوة الرامية لتدريب الأخصائيين النفسيين الإكلينيكيين على تقديم وصفات دوائية ، وقد وضعت برامج هذا التدريب والتى تتضمن دراسة نظرية وعملية لفترة تمتد لمئة ساعة دراسية، يحصل الأخصائى بعدها على شهادة تمنحه الحق فى التوصية والعلاج بالعقاقير النفسية ، وقد بدأ تطبيق هذا النظام منذ عام ١٩٩٧ فى أكثر من خمس وعشرين ولاية أمريكية .

### جـ) علم الاجتماع

يتكون الفريق الإكلينيكى التقليدى– الذى يناط به تقديم خدمات متكاملة –من الأخصائى النفسى الإكلينيكى، والطبيب النفسى، والأخصائى الاجتماعى . ويعنى ذلك أن هناك جوانب اجتماعية متعددة للصعوبات النفسية التى يعانيها العميل . وغالبا ما يأخذ الكثير من هذه الصعوبات صورة عدم توافق المريض ، كما توجد أحيانا صعوبات ذات طبيعة اجتماعية فى ذاتها مثل الخجل أو الانطواء الاجتماعى ، أو المخاوف الاجتماعية الكثيرة . بمعنى آخر أن عمليات التفاعل الاجتماعى لاتسير بشكل سوى ، وهو الأمر الذى يتطلب فهم هذه العمليات ووضعها فى الاعتبار بوصفها عوامل تسهم فى الكثير من الاضطرابات . وتتأكد هذه الحقيقة من مراجعة النتائج

الإيجابية لتوفير التفهم والدعم الاجتماعى لمرضى الفصام بعد خروجهم من المستشفى ، وما يؤدى إليه ذلك من خفض واضح فى معدلات الانتكاس (Tarrier,1991)، ويعد حسن فهم العوامل الاجتماعية ، والإحاطة بها من الأمور الجوهرية بالنسبة للأخصائى النفسى الإكلينيكى الذى يقدم المساعدة فى حالات الصراع الزواجى ، ومشكلات العلاقات بين الزوجين ، وتتعامل أساليب العلاج الزواجى مع المشكلات والصعوبات الزوجية باعتبار أن الزواج نظام اجتماعى مستقر نسبيا ، وأن الصعوبات قد تنشأ فى هذا النظام من التفاعلات غير الإيجابية الناتجة عن تأثير البيئة الخارجية المحيطة والعناصر الاجتماعية المختلفة التى يتعرض لها الزوجان أو أحدهما(Bennun,1994,Carter &McGoldrick,1989) . أو التفاعلات غير السوية بين الزوجين، يضاف الى ذلك مشكلات إدمان المخدرات والمسكرات ، أو التفضيلات الجنسية غير السوية .

فاذا أخذنا على سبيل المثال مهارات استقبال المؤشرات الاجتماعية وترجمتها بصورة صحيحة والاستجابة لها بشكل مناسب ، وهى أمور تعتمد أساسا على الإدراك الاجتماعى ، ويعانى فيها بعض الأفراد صعوبات كثيرة ، فسنجد أن بعضا من أساليب التدخل التى يمارسها الأخصائى النفسى الإكلينيكى تتضمن التدريب على الكثير من هذه المهارات ، مثل كيفية فهم التعبيرات الوجهية والإيماءات ونبرة الصوت (Hollin & Trower,1986). ومن بين المكونات العلاجية المهمة التى تتضمنها حزمة التدريب على تنمية مهارات التفاعل الاجتماعى : التدريب على التعرف على المؤشرات التفاعلية المختلفة ، وفهم المعايير الاجتماعية ، وتخيل القيام باستجابات لمثل هذه المؤشرات والمعايير ، أو القيام بهذه الاستجابات بالفعل عندما تظهر هذه المؤشرات فى المواقف الاجتماعية الواقعية ، والقيام بتدريب العميل على تعديل مؤشراته وتعبيراته الاجتماعية لتؤدى الى توصيل الرسالة التفاعلية المطلوبة بصورة مناسبة ( انظر : Becker et al.,1987) .

نخلص من كل ذلك الى حقيقة مهمة ، وهى أن الأخصائى النفسى الإكلينيكى فى حاجة لفهم الكثير من المفاهيم الاجتماعية ، وديناميات التفاعل داخل الجماعة

وطبيعة الأدوار داخل مؤسسة الأسرة ، ونمط العلاقات الأبوية ، ونوع الإشباعات التى يحصل عليها الفرد من شريكه الزواجى ، لكى يستطيع تقديم المساعدة الضرورية للعميل . ويتعين على الأخصائى الإكلينيكى الذى ينصب تفكيره على الفرد وصعوباته، وحلول هذه الصعوبات، أن يتذكر دائما أن هذا الفرد لايوجد ولا يعيش بمعزل عن مجتمعه وأسرته ، بل يعيش ويتفاعل مع أفراده وجماعاته ومؤسساته ، يؤثر فيهم ويتأثر بهم ، يحصل على إشباعاته من خلالهم ، كما قد يتعرض للإحباطات من خلالهم أيضا . وأحد مجالات الفحص المهمة التى لا يغفل عنها المعالج السلوكى هو أشكال العجز الذى ينتج عن الصعوبات المتعلقة بصلات العميل بأسرته وعمله واهتماماته وأنشطته الترفيهية (Lindsay & Powell,1994,p.5). لكل هذا قد لايتسنى التوصل الى فهم صحيح لاحتياجات الفرد العلاجية دون هذه الصلة الوثيقة بين علم النفس الإكلينيكى وعلم الاجتماع .

ويؤكد الدليل التشخيصى والإحصائى الرابع للاضطرابات العقلية على أهمية استجابة الفرد لشبكة العلاقات الاجتماعية ، ويفصل بصورة واسعة ما يتعلق بالنظم الاجتماعية من خلال تقديم قائمة بالزملات المرضية الفريدة لدى عدد من المجتمعات الخاصة (Leck & Matarazo,1994:8) ، كما يلاحظ من جانب آخر أن أى نظام تشخيصى للاضطرابات النفسية لايهمل العوامل المتعددة التى تسهم فى إحداث هذه الاضطرابات، والتى يكون من أهمها أحيانا تعقد القيم الاجتماعية وأنماط العلاقات . ويربط بعض الباحثين بين ظروف المعيشة غير الملائمة والاضطراب المرضى ، من ذلك أن النساء اللاتى لا يعملن ممن لديهن أربعة أطفال أو أكثر تتزايد لديهن احتمالات الاكتئاب (Brown & Harris,1978) . كما توصل كوبر الى وجود ارتباط بين المستويات الضعيفة من الدخول والظروف الاجتماعية المعيشية ونقص الأنشطة الترفيهية والاتصالات الاجتماعية والمهنية والأعراض المرضية (Cooper,1973).

نتيجة لكل هذا يتزايد الاهتمام بتقدير هذه الجوانب فى المواقف الإكلينيكية ، وأحيانا ما تستخدم مقاييس وقوائم تقدير ذاتى لتوفير البيانات الدقيقة لها . وتغطى

بطارية التقديرات الذاتية لويزمان وبوثويل مستويات الأداء فى العمل ( داخل البيت وخارجه) والأنشطة الاجتماعية والترفيهية والعلاقات مع بقية أفراد الأسرة بوصفها محددات مهمة لفهم أسباب الاضطرابات (Weissman & Bothwell,1976).

**د) مناهج البحث والإحصاء**

يهدف التدريب التأهيلى للأخصائى الإكلينيكى لإعداده ليكون ممارسا وباحثا فى الوقت نفسه ، وهو ما يؤدى بصورة مباشرة الى إثراء التخصص من خلال الفروض الجديدة التى يستخلصها الأخصائى من الحالات المرضية التى يتعامل معها، ومن خلال أساليب التحقق والاختبار لمثل هذه الفروض التى يتاح له القيام بها نتيجة لتمكنه من أساليب ومناهج البحث والطرق الإحصائية المناسبة ، ونتبين ذلك من خلال التعرف على صلة علم النفس الإكلينيكى بهذين التخصصين .

**١- تصميم البحوث**

يستخدم الأخصائى الإكلينيكى تصميمات بحثية كثيرة فى دراساته سواء لتقييم التحسن الذى حققه مريض واحد، أو لاختبار نماذج وطرق علاجية معينة ، أو للتعرف على النتائج على المدى البعيد بين بعض الأساليب العلاجية والأساليب الدوائية مثلا . ومن أهم النماذج البحثية التى يلجأ اليها الأخصائى الإكلينيكى تصميمات تجارب الحالة المفردة[1] والتى تعد أكثر أساليب التجريب الإكلينيكية عملية وفائدة فى الوقت نفسه (Sanderson & Barlow,1991,p. 43)، حيث تؤدى الى التوصل الى معلومات علمية صادقة ، ويوفر هذا النوع من التصميمات البحثية الدقة العلمية التى يطلبها الباحثون ، كما يوفر فى الوقت ذاته استراتيجية بحثية يمكن إدماجها فى النشاط اليومى الروتينى للأخصائى الإكلينيكى ، كما تؤدى أيضا الى الحصول على بيانات موضوعية حول نتائج العلاج.

وبينما تستخدم دراسة الحالة[2] بوصفها منهجية إكلينيكية مناسبة فى حالات كثيرة فى مرحلة الفحص على وجه الخصوص ، إلا أن هناك فارقاً كبيراً بين منهجية

(1) Single case experimental designs
(2) Case study

دراسة الحالة ذات الطبيعة الوصفية ، والتى تفتقر الى مقومات الضبط التجريبى، وبين تصميمات تجارب الحالة المفردة ، وأحيانا مايخلط بعض الباحثين والإكلينيكيين بين النموذجين ، وهو أمر أدى الى الحد من استخدام استراتيجية بحوث الحالة المفردة رغم أهميتها البالغة (Barlow et al.,1984)، يضاف الى ذلك أن هذه التصميمات البحثية – أو القدر الأكبر منها – تتم فى مراكز البحوث التطبيقية وليس فى عيادات الممارسين.

وعادة مايشار الى تصميمات بحوث الحالة المفردة بأسماء مختلفة ، مثل تصميمات التجريب المتكرر على الحالة الواحدة(١) أو البحوث ذات عينة الفرد الواحد (ن=١) ، أو التصميمات البحثية المتعمقة. ويذكر كازدين Kazdin أنه على الرغم من الإشارة الى هذا الأسلوب بأكثر من مسمى ، الا أن كل هذه المسميات مضللة الى حد ما. مثال ذلك أن تعبيرى الحالة المفردة ، وبحوث ن=١ يتضمنان أن مفحوصا واحدا فقط هو الذى تتم دراسته ، إلا أن هذا غير دقيق ويخفى حقيقة أن عددا كبيرا من المفحوصين، وأحيانا تجمعات كاملة من المفحوصين تتضمنهم بعض تصميمات بحوث تجارب الحالة المفردة ، كما أن تعبير داخل المفحوص(٢) يعد مفيدا لأن هذه المنهجية تركز على أداء الشخص نفسه على مدى زمنى معين ، غير أن التعبير مضلل جزئيا بالمثل لأن بعض التصميمات تعتمد على فحص آثار التدخل عبر مجموعة من المفحوصين ( أى بينهم ) ، أما تعبير الدراسة المتعمقة فلم ينطلق من هذا الإطار التجريبى البحثى ، وإن كان يستخدم أحيانا. ولسوء الحظ أنه يتضمن فكرة أن الباحث يعمل بطريقة متعمقة لدراسة المفحوص ، وهو أمر يحتمل أن يكون صحيحا جزئيا ، ولكنه ليس جوهر الاهتمام فى هذة التصميمات التجريبية (Kazdin,1992,pp.151-152) . ويلاحظ من جانب آخر إمكانية استخدام بحوث الحالة المفردة للتوصل الى تحديد موضوعى لتأثير إجراءات العلاج ، كما تستخدم بالمثل لعزل المكونات المؤثرة والميكانيزمات الأساسية للسلوك . وتتم عملية الإضافة والحذف فيها لمكونات التدخل العلاجى (Sanders & Barlow,1991,p.43) بحرص شديد .

---

(1) Intra- subject replication design
(2) Intra- subject

**٢- الإحصاء**

العلاقة بين الإحصاء وعلم النفس الإكلينيكى مهمة ، وتعد دراسته والتمكن من أساليبه المختلفة من الأمور الضرورية ، فبالإضافة الى احتياجات الأخصائى الإكلينيكى الى مناهج وطرق البحث ، فإن هذه الأخيرة تتطلب معالجات وتحليلات للخروج بنتائجها بصورة كمية ، ويعجز الأخصائى الإكلينيكى الذى يفتقر الى المهارات الإحصائية عن تحقيق تقدم وتطور فى مهاراته المهنية ، بل قد يعجز أحيانا عن فهم دلالات النتائج التى تخرج بها البحوث الإكلينيكية المنشورة فى الدوريات العلمية والتى يتعين عليه متابعتها، وحيث تعرض مثل هذه النتائج فى صورة معاملات إحصائية ومفاهيم كمية دقيقة .

وهناك الكثير من المزايا التى يوفرها الإحصاء للممارسة الإكلينيكية مثل التنبؤ بالدرجة الحقيقية للعميل أو المريض على مقاييس الأعراض والزملات المرضية . من ذلك أن الدرجة الحقيقية لفرد ما ليست هى التى يحصل عليها من أدائه المباشر لمرة واحدة على المقياس ، بل تقع درجته الحقيقية فى مدى معين ، وباحتمالية معينة من الدرجة التى حصل عليها ، وهى تتحدد بالخطأ المعيارى للمقياس(١) الذى يحسب من خلال الانحراف المعيارى لمتوسط الدرجات على المقياس ، ومعامل ثبات المقياس للمجموعة المرضية التى يكون المريض فردا منها وفقا للمعادلة الخاصة بالخطأ المعيارى للقياس التى يتضمنها أى مصدر إحصائى فى علم النفس .

كما يهتم الأخصائى الإكلينيكى أيضا بدراسة حجم التأثير(٢)وهو مفهوم إحصائى جوهرى فى المعالجة الإكلينيكية يقف خلف العديد من القضايا المهمة ، ويشير حجم التأثير الى الطريقة التى تصف قوة الفروق فى الحالات المختلفة الناتجة عن التدخلات العلاجية المعينة، سواء بين فردين أو أكثر ، ويعبر عن قوة التأثير بوحدات الانحرافات المعيارية ، وبالتالى يتم حساب حجم التأثير من خلال الفروق بين متوسطى مجموعتين وقوة هذا الفرق على انحرافهما المعيارى (Kazdin, 1992, p.44) .

(1) Standard error of measurement
(2) Effect size

ومن المعالجات الإحصائية المهمة أيضا التى يستخدمها الأخصائى الإكلينيكى فى بحوثه: طريقة السلاسل الزمنية[١]، وهو أسلوب إحصائى يسمح بالتجريب على المفحوص الفرد للحصول على عينات متكررة من سلوكه على مدى زمنى معين ، ويمكن التوصل من المعالجة الإحصائية لهذه القياسات المتكررة الى تقديرات لبداية السلوك موضوع الاهتمام ، ومستوى ظهوره وشدته، بالإضافة الى البيانات اللازمة لتحديد خصائص التدخل المطلوب (Barlow et al., 1984, Sanderson & Barlow, 1991).

ولايقتصر الأمر على هذه الطرق الإحصائية فقط ، بل تتعدد الأساليب المتاحة أمام الأخصائى الإكلينيكى سواء فى الممارسة لأغراض عملية ، أو فى البحوث لإجراء المعالجات المختلفة وللإفادة من التصميمات التجريبية الجديدة بما فيها من خصوبة . ويلاحظ أن البعض من هذه الأساليب قد نشأ من خلال الممارسة الإكلينيكية وللاستجابة الى متطلباتها العملية والبحثية ، ومثل إسهاما من علم النفس الإكلينيكى فى الإحصاء .

ولاتقتصر العلاقة بين علم النفس الإكلينيكى وبقية العلوم على هذه الأمثلة التى قدمناها فقط ، بل تمتد الى تخصصات أخرى كثيرة مؤكدة بذلك للمنحى متعدد النظم[٢] فى تناول الظواهر الإنسانية المختلفة.

---

(1) Time series

(2) Multidisciplinary approach

# الفصل الثالث

# متطلبات الممارسة الإكلينيكية

## متطلبات الممارسة الإكلينيكية

تمثل الممارسة الإكلينيكية – والعلاج على وجه الخصوص –إغراء شديدا للمتخصصين فى علم النفس ، وبصورة تؤدى أحيانا الى الاتجاه لهذا الطريق دون توفر الإعداد الكافى دراسة وتدريبا، ولأن العلاج النفسى هو العائد التطبيقى المباشر والأكثر وضوحا لاستثمارات المجتمع فى علم النفس ، ولأنه من جانب آخر المطلب الأكثر إلحاحا لجمهور متعطش للتخفف من أعبائه وصعوباته ومشكلاته ، التى تتفاقم مع التطور الحضارى المتسارع وضغوطه ، وتعقد العلاقات الانسانية ، وتنامى التهديدات الاجتماعية بصور مختلفة . لكل هذا أصبح موضوع العلاج النفسى، والنظم التى تحكمه ، وأخلاقيات ممارسته من الأمور الجوهرية فى المجتمعات المختلفة .

ولأن علم النفس الإكلينيكى تخصص تطبيقى دقيق يتعامل مع الاضطرابات المختلفة ، ويقدم خدمات علاجية تؤثر فى حياة الأفراد وتوافقهم وأدائهم فى كل مجالات الحياة ، يصبح من الضرورى توخى الحرص الشديد فى تعليم وتدريب الأخصائى الإكلينيكى الممارس ، بحيث تتاح الفرصة لإعداده بشكل جيد للممارسة أدواره المتعددة فى إطار التخصص الذى ينتمى له ، ويكرس الأخصائى النفسى

الإكلينيكى علمه وخبرته وجهده لمساعدة الآخرين فى التغلب على صعوباتهم ، أو علاج اضطراباتهم ، أو إعادة توافقهم مع بيئتهم ، ومع غيرهم من الناس بصورة مرضية تتضمن تشجيعا ودعما لعوامل النمو والثراء والتكامل فى شخصية الفرد ، ولأن هذا الجهد يتجه الى البشر ، ومن أجلهم ، فإن إمكانية التجريب أو المحاولة والخطأ لاتعد من الأمور المقبولة أو المسموح بها .

لهذا السبب يتعين أن يحصل الأخصائى النفسى الإكلينيكى على التأهيل الكافى والتدريب المكثف والشامل؛ قبل أن يصبح مسئولا بشكل مباشر عن تقديم الخدمة الإكلينيكية .

**التأهيل النفسي الإكلينيكي**

يبدأ التخصص فى علم النفس الإكلينيكى فى مستوى تالٍ لدرجة الليسانس أو البكالوريوس، وغالبا ما يكون ذلك من خلال التقدم للحصول على درجة الماجستير أو الدكتوراة فى علم النفس الإكلينيكى على وجه التحديد ، وتقدم بعض الجامعات درجة دبلوم فى علم النفس الإكلينيكى، إلا أن هذه الدرجة قد لاتكون كافية إذا كانت الفترة الزمنية لهذا الدبلوم قصيرة ، أو كان البرنامج لايغطى كل متطلبات التدريب على الممارسة الإكلينيكية المهنية ، أو كانت الجرعة الخاصة بالتدريب فيه غير ملائمة أو كافية .

وبصفة عامة يحتاج التخصص فى علم النفس الإكلينيكى الى نوع من الدراسات العليا تتوافر فيه خصائص معينة، وتمتد فيه المتطلبات لتغطى التدريب الضرورى . ويتعين عند التخطيط لمثل هذه الدراسات مراعاة كل المتطلبات الأساسية والضرورية لإعداد الأخصائى النفسى الإكلينيكى الذى يرخص له بممارسة العمل ، وحمل هذا المسمى المهنى ، والذى تحكمه عادة قوانين ولوائح مهنية معينة .

**وتتضمن متطلبات إعداد الأخصائي النفسي الإكلينيكي الآتى:**

أولا: أن يكون حاصلا على الدرجة الجامعية التخصصية الأولى فى علم النفس، وبينما قد تقبل بعض الجامعات فى الدراسات العليا تخصصات قد لايكون علم

النفس هو التخصص الرئيس فيها خلال المرحلة الجامعية الأولى أو تقبل خريجى أقسام أخرى ، إلا أن هذا الأمر غير مبرر، ولا يعد بداية سليمة لإعداد الأخصائى النفسى الإكلينيكى . فالدرجة الجامعية الأولى فى علم النفس (ليسانس أو بكالوريوس ) توفر للدارس المبادىء الأساسية ، وتتيح له فرصة دراسة فروع العلم المختلفة ، وما بينها من تشابك ، وتزوده بالقواعد الأساسية لاستخدام أدوات القياس ، وكيفية تقييم هذه الأدوات، والتعرف على خصائصها ، وتفسير نتائجها ، وما تقوم عليه من أسس نظرية معينة، وشروط هذا الاستخدام ، ونظريات التعلم ، وصلتها بالسلوك ، وكيف تتم ميكانيزمات التعلم ، وكيف يمكن تفسير الاضطرابات فى ضوئها ، وكيف يتم العلاج استنادا الى مبادئها، وأساليب التشريط وتفسيرها لآليات سلوكية وأساليب استحداثها وإزالتها. والتفاعل الاجتماعى وكيف تتشكل من خلاله الأنماط السلوكية التوافقية وغير التوافقية، والدور الذى يلعبه فى تدعيم السلوك ، الى غير ذلك من المفاهيم، إضافة الى مجالات الشخصية المختلفة وكيف تنظم فى أبعاد ، والوظائف المعرفية، والأداء المعرفى ، والمقدمات الأساسية الأولى فى علم الأمراض النفسية ، وعلم النفس الإكلينيكى. وكل ذلك لا يتوافر إلا من خلال درجة جامعية أولى فى علم النفس، وعلم النفس وحده .

ثانيا : أن توفر الدراسة العليا فى علم النفس الإكلينيكى إطارا عريضا، ومتعمقا فى الوقت نفسه، فى المجالات الآتية :

**أ)تصنيف الأمراض**

فالدارس والمتخصص فى علم النفس الإكلينيكى يحتاج لدراسة الأسس التصنيفية التى تنتظم الأمراض والاضطرابات وفقا لها ، فالعلم لايقوم على أشتات من الظواهر العشوائية التى لارابط بينها ، بل يقوم على جهد يهدف لإدراك أوجه التشابه والاختلاف بين الظواهر للتعامل معها فى صورة فئات تيسر وتنظم فهمها ، ولا يتضمن تصنيف الأمراض مجرد قوائم للفئات ، بل دراسة لخصائص كل فئة ، وطبيعة الاختلاف بين كل فئة وأخرى، والأسس التصنيفية لهذه الفئات، والفروض المفسرة لهذه الاضطرابات .

**ب) التشخيص**

وحيث يدرس الطالب أساليب التشخيص، وأدوات هذا التشخيص ، والنظم التشخيصية المختلفة للأمراض ، والمحكات التشخيصية . وتتاح الفرصة للدارس فى هذا المجال للتعرف على طرق التشخيص المختلفة، ودراسة الأدوات والاختبارات ودلالاتها الإكلينيكية ، والمشكلات التشخيصية الأخرى المتعلقة بالتداخل بين أنواع الاضطرابات وطرق التمييز بينها ، كما يتوافر من مثل هذه الدراسة التدريب على الفحص الدقيق للتنوع والتباين الشديد فى خصائص الاضطرابات المرضية .

**جـ) العلاج والإرشاد النفسى**

تتعدد أساليب العلاج النفسى ، كما تتعدد وتتنوع نظرياته وأسسه ، ويذكر ماكسيمان ووارد (Maximan & Ward,1996,p.87) أنه أمكن حصر أكثر من مائتين وخمسين طريقة علاجية مختلفة ، إلا أن الدارس لايستطيع الإحاطة بالطبع بكل هذا العدد الكبير من طرق العلاج ، والذى يتزايد يوما بعد يوم ، ويصبح من الضرورى تصنيف هذه الطرق والتعرف على الخصائص العامة التى تربط بينها ، ولن يقتصر الأمر على ذلك ، إذ يصبح الدارس فى حاجة للدراسة المستفيضة والمتعمقة لعدد من أساليب العلاج البارزة ، والتى تتوفر أفضل الدلائل على نجاحها فى علاج الكثير من الصعوبات ، من ذلك مثلا العلاج السلوكى ، والعلاج المعرفى .

وتتيح دراسة العلاج للدارس إمكانات التعرف على أسس تقييم الأساليب العلاجية المختلفة التى قد يطلع عليها مستقبلا، أو التى ينشرها باحثون آخرون بعد انخراطه فى مجال الممارسة. وبينما تمثل هذه الفروع بؤرة الدراسة فى علم النفس الإكلينيكى ، إلا أنها لاتكفى وحدها لإعداد المتخصص ، فهناك فروع أخرى فى علم النفس تتطلب دراسة متقدمة ومستفيضة تتجاوز ما يحصله الطالب فى مستوى الليسانس ، ومن بين أكثر الفروع المهمة التى يتعين دراستها فى هذا المستوى الآتى :

**أ) التقييم النفسي المتقدم**

ويتوفر من خلاله للطالب التركيز بشكل أفضل على نظرية القياس والقواعد

الخاصة بالتعبير الكمى عن الكيفيات ، وأساليب تصميم وتقنين الاختبارات والمقاييس، وتتطلب الممارسة الإكلينيكية فى أحيان كثيرة أن يقوم الأخصائى الإكلينيكى بتصميم مقياس لغرض محدد بهدف تقييم ظواهر أو صعوبات نوعية قد لاتتوافر لها مقاييس معروفة، أو متاحة. وتوفر دراسة القياس النفسى فى هذه المرحلة، عندما يضاف إليها التدريب على أهم المقاييس ذات الاستخدامات الإكلينيكية الشائعة ومعاييرها وطبيعة مشكلاتها، جزءا مهماً فى تكوين الأخصائى الإكلينيكى الممارس والباحث .

**ب) نظريات التعلم وعلم النفس المعرفي**

توفر دراسة التعلم وعلم النفس المعرفى إمكانية أساسية للأخصائى النفسى الإكلينيكى ، سواء فى مجال التشخيص أو العلاج ، فبالإضافة الى أن دراسة التعلم توضح الكثير من أسس اكتساب السلوك السوى وغير السوى ، فإن آليات التعلم أصبحت الآن أساسا للكثير من أساليب العلاج النفسى والسلوكى ، ولا يستطيع المعالج أن يستبعد فى الكثير من أنماط السلوك الشاذ تأثير العوامل المعرفية؛ سواء فى تشكيل هذا السلوك أو استمراره .

**جـ) الشخصية**

توفر دراسة الشخصية للأخصائى النفسى الإكلينيكى التعرف على طبيعة الانتظام الذى تتشكل فيه خصائص شخصية الأفراد ، فالشخصية هى الكينونة النفسية الأساسية التى ترتقى وتتنوع وتثرى فى اتجاهات مختلفة ، وتستجيب للمنبهات الداخلية والخارجية ، وتتسلح بمجموعة من الدفاعات الشعورية واللاشعورية ، وتواجه العالم والآخرين بمجموعة أخرى من الأساليب التوافقية ، التى قد تكون سوية أو غير سوية ، وكلما توسع الأخصائى النفسى الإكلينيكى فى دراسته للشخصية وتمكن من تحقيق تكامل فى رؤيتها وفهمها من خلال النظريات المتعددة ، ساعده ذلك على اكتساب استبصار جيد فى التعامل مع الاضطرابات والصعوبات المختلفة .

**د) مناهج البحث والتجريب في علم النفس الإكلينيكى**

تحددت هوية الأخصائى النفسى الإكلينيكى. وأصبحت مقبولة على نطاق

واسع باعتباره باحثاً وممارساً فى الوقت ذاته ، وأصبح دوره كباحث يتطلب إعداده للإسهام لا فى توفير الخدمة الإكلينيكية فقط ، بل فى المشاركة أيضا فى البحث العلمى مستثمرا الحالات الكثيرة التى يتعامل معها تشخيصا وعلاجا ، ومستثمرا لجزء من دخله الناتج عن الممارسة للإنفاق على البحث العلمى ، ليقدم حقائق جديدة وفروض متنوعة للاختبار ، ومراجعة وتحقق من الطرق العلاجية وجدواها مع الحالات التى يسهم فى علاجها . ولا يتمكن الأخصائى النفسى الإكلينيكى من القيام بهذا الدور دون أن يكون قد أعد له بالصورة المناسبة من خلال دراسة مناهج البحث وطرق التجريب فى علم النفس الإكلينيكى ، ومن الضرورى الاهتمام عند دراسة هذه المناهج البحثية بالأساليب البحثية الجديدة، ودراسة الحالات فى المجموعات الصغيرة، والدراسات الطولية التتبعية ، وأسلوب دراسة الفرد الواحد باستخدام التحليل العاملى للحالة المفردة[١] ، والتصميمات التجريبية المختلفة، ويتطلب ذلك – وهو جزء مكمل لدراسة مناهج البحث – دراسة متقدمة فى الإحصاء للتمكن من أساليب تحليل ومعالجة البيانات .

ويتسع مجال تكوين وإعداد الأخصائى النفسى الإكلينيكى لأكثر من هذه الفروع التخصصية ليمتد الى دراسات أخرى يتطلبها أداؤه لدوره المهنى .

وكما سنلاحظ فإن قدرا مهما من الممارسة الإكلينيكية يحتاجه المرضى المقيمون فى المستشفيات ، وممن قد يعانون اضطرابات سيكايترية ، أو يعالجون دوائيا ويتلقون رعاية سيكايترية ، بالإضافة الى أن النظم الحديثة لتنظيم الخدمة أصبحت تتطلب فى المواقف المنظمة اجتماعيا – على الأقل مثل المستشفيات – أن يتشكل الفريق العلاجى من أخصائى نفسى إكلينيكى وطبيب نفسى وأخصائى اجتماعى ، ويفرض هذا الوضع أن يكون الأخصائى النفسى الإكلينيكى متابعا للإنجازات والحقائق والمفاهيم فى الطب النفسى عارفا باللغة الطبية ، واعيا بأسس التصنيف والتشخيص ، بالإضافة الى معرفته بتأثيرات العقاقير المختلفة التى يمكن أن تؤثر سلبا أو إيجابا فى البرامج النفسية والطرق التى يستخدمها .

---

(1) Technique P

ويتعين هنا أن نذكر بوضوح نقطة جوهرية قد تغيب عن الأذهان ، وهى أن درجة الدكتوراه وحدها فى علم النفس ليست مؤهلا كافيا أو مناسبا للممارسة الإكلينيكية ، فالتخصصات فى علم النفس متعددة ، وهناك من يحصل على الدكتوراه فى علم النفس الاجتماعى، أو التنشئة الوالدية ، أو الإبداع ، أو الشخصية . ومهما كانت طبيعة هذه الدرجة العلمية الرفيعة إلا أنها ليست درجة متخصصة فى علم النفس الإكلينيكى ، ولا تمثل إعدادا تخصصيا مقبولا للممارسة الإكلينيكية ، بمعنى آخر أن الخبرة الأكاديمية وحدها فى فرع من فروع علم النفس ليست كافية أو مناسبة لممارسة علم النفس الإكلينيكى .

وقد قررت جمعية علم النفس الأمريكية فى عام ١٩٧٦ تعديل قواعد القبول فى قسم علم النفس الإكلينيكى ، بحيث أصبح على أولئك الذين يرغبون فى تعديل تخصصهم المهنى ( من علم النفس التجريبى الى علم النفس الإكلينيكى مثلا) العودة مرة أخرى الى الدراسات العليا والحصول على المقررات المطلوبة ، والخبرة العملية ، ثم ممارسة التدريب وفق نظام الامتياز[١] ، كما أصبح على الأشخاص الحاصلين على الدكتوراه قبل عام ١٩٧٦ فى تخصصات أخرى غير علم النفس الإكلينيكى ويريدون الاستمرار فى هذا التخصص الذى اتجهوا اليه قبل هذا القرار أن يخضعوا أيضا لمتطلبات الدراسة والتدريب فى علم النفس الإكلينيكى قبل أنْ يلتحقوا بالقسم رقم ١٢ – أى قسم علم النفس الإكلينيكى (Routh,1994,p.130) .

(92) Internship

# الفصل الرابع

# التدريب الإكلينيكى

## التدريب الإكلينيكي

التدريب الإكلينيكى مكون رئيس فى إعداد الأخصائى المهنى الممارس. ويشمل التدريب الإكلينيكى لإعداد الأخصائى النفسى المهنى المتخصص مستقل الأداء عبر ثلاث مراحل أساسية ، تبدأ قبل الدراسات العليا، وتمتد خلال مرحلة الدكتوراه ، وما بعدها ، ولكل مرحلة من هذه المراحل مسمى مختلف وخصائص وأهداف مختلفة ، وتتطلب الجدية والحرص على المسئولية المهنية والاجتماعية النظر الى هذه المراحل التدريبية ومحتواها، والأهداف المتوقعة من كل منها بحرص شديد ، يراعى أن التخطيط لها بهذا التتابع الزمنى ، ليس هو فقط المطلوب ، وإنما أيضا تقييم وإثراء المستوى والمحتوى التدريبى فى كل منها والتقييم المستمر لأداء المتدربين والتطوير الدائم لها فى ضوء الكثير من الاعتبارات الأخلاقية والعلمية والحضارية . ومراحل التدريب الثلاث هى الآتى :

### ١- التدريب العملي

يحدد مرجع جمعية علم النفس الأمريكية فى قواعد اعتماد برامج التدريب (Accreditation Handbook,1986)فترة التدريب العملى[1] بعدد ٤٠٠ ساعة يحصل عليها الطالب كحد أدنى . ويعتبر بعض الباحثين هذه الفترة قصيرة وغير

(1) Practica or Practicum

كافية ، ويذكر دراهام (Draham,1985,p.628) على سبيل المثال أن الكثير من الطلاب يصلون الى مرحلة الامتياز ( مرحلة التدريب أثناء الدكتوراة[1]) ، ويعيبهم نقص مثير للدهشة فى الخبرة الإكلينيكية مع الفئات المرضية المختلفة . وقد أوصى المؤتمر الوطنى للتدريب بعد ذلك (Belar et al., 1989) بجعل هذه الفترة ٩٠٠ ساعه. منها ٤٥٠ ساعة على الاقل فى أقسام الخبرة المباشرة ، و ٣٠٠ ساعة من الإشراف على الخدمات المباشرة ، و١٥٠ ساعة فى أنشطة تدريبية أخرى ، وتتضمن الواجبات المختلفة للمتدرب فى هذه المرحلة الآتى :

أ) قدر مهم من الصلة المباشرة مع المرضى أو العملاء .

ب) محاضرات فى عدد من الموضوعات، من ذلك أخلاقيات المهنة ، والإحصاء ومناهج البحث ، وتقييم وتشخيص الراشدين، والأمراض النفسية للراشدين، والعلاج النفسى للراشدين (O' Donohue et al.,1989) .

جـ) مؤتمرات حالة[2] ، وحلقات بحث[3]، ولقاءات تشاور مع المهنيين الآخرين العاملين فى المجال فى إطار احترام تعدد النظم .

د) تقييم وتصحيح الاختبارات وكتابة التقارير والحصول على الملاحظات المنظمة .

هـ) إعداد أوراق بحثية عن نقاط ومشكلات فى الممارسة .

و) تشاور مع المشرفين (Hecker et al., 1995).

ويتطلب النموذج البريطانى حصول الطلاب على خبرة مع الأطفال والمراهقين والراشدين والمسنين ، ومن لديهم صعوبات ارتقائية مختلفة ، ويرى هيكر وزملاؤه ضرورة أن يتضمن التدريب فى هذه المرحلة ، بالإضافة الى كل ماسبق ، تدريبا فى المجالات الأساسية للتقييم العقلى، وتقييم الشخصية والاختبارات السلوكية[4] والعلاج النفسى (ibid.).

---

(1) Internship
(2) Case Conferences
(3) Seminars
(4) Behavioral assessment

وعادة ما يحتسب هذا التدريب ضمن المواد الدراسية المقررة ويؤدى الى النجاح والرسوب إلا أن هذا التدريب ليس وحده المطلوب أو الكافى للإعداد للممارسة الإكلينيكية المهنية ومتطلباتها الاجتماعية والقانونية ، التى تحكمها عادة- بالإضافة الى ذلك - الاعتبارات العلمية .

**٢-الامتياز**

يبدأ التدريب الإكلينيكى - بوصفه تدريبا مهنيا متخصصا - انطلاقا من قاعدة التخصص الأكاديمى، ويتم تحت إشراف دقيق ويتطلب فترة زمنية معينة ، ويتعين أن يغطى مجالات محددة ، ولا يحصل المتدرب على درجته العلمية فى علم النفس الإكلينيكى - الدكتوراه - إلا بعد أن يستوفى متطلبات التدريب التى ينص عليها برنامج الدراسة .

وقد شغلت قضية التدريب الإكلينيكى[1] فى هذه المرحلة اهتمامات المتخصصين والهيئات العلمية والمهنية . وبذلت فيها جهود عديدة متميزة أدت الى تراكمات جوهرية على امتداد التاريخ الحديث لعلم النفس الإكلينيكى، وذلك على الوجه الآتى :

**تطور التدريب الإكلينيكي**

اهتم ويتمر منذ بداية عمله فى هذا المجال بقضية التدريب ، وقام منذ عام ١٨٩٨ بتدريب أولئك الذين اختاروا لأنفسهم مجال العمل الإكلينيكى تدريبا عمليا فى الميدان وبصورة مكثفة، وكان المعنى العميق لذلك هو أن التدريب وتعلم المهارات - لا مجرد المعرفة النظرية أو التحصيل الأكاديمى - أساسان على درجة كبيرة من الأهمية للممارسة المهنية فى هذا المجال . وبعد ذلك بعشر سنوات وضع هنرى جودارد Goddard خلال فترة رئاسته لمركز فاينلاند Vineland نظاما للتدريب المكثف طوال الوقت بدأ عام ١٩٠٨ للأخصائيين النفسيين الإكلينيكيين يشبه نظام فترة الامتياز الطبية التى يقضى خلالها الطبيب المتخرج عاما كاملا تحت التدريب

(1) Internship

فى مستشفى معتمد ، كما قام وليم هيلى Healy أيضا بتدريب الأخصائيين النفسيين فى نظام للتفرغ الكامل فى معهد السيكوباتيين الجانحين[1] فى شيكاغو ، وقام ييركس Yerkes بتدريب الأخصائيين الإكلينيكيين فى مستشفى الجانحين فى بوسطن .

ويذكر إدجار دول Doll أنه لايمكن اعتبار شخص ما أخصائيا نفسيا مؤهلا دون فترة تدريب متفرغ ، وهو يعتبر التدريب بنفس درجة أهمية الدكتوراه فى علم النفس ، وكانت الصيغة العامة لهذا التدريب المتفرغ هى قضاء عام كامل ، طوال الوقت فى التدريب تحت إشراف مدرب ذى خبرة .

وكانت قضية التدريب الإكلينيكى تاريخيا واحدة من أهم المشكلات التى برزت فى مجال التخصص . ويعود الفضل فى تقرير نظم تدريب الأخصائيين النفسيين الإكلينيكيين الى الظروف الاجتماعية التى أفرزتها الحرب العالمية الثانية . ففى عام ١٩٤٥ كانت نسبة المحاربين القدماء فى الولايات المتحدة المستحقين للمعاشات من الذين يعانون اضطرابات عقلية ومشكلات تصل الى ثلث المجموع الكلى لهؤلاء الجنود، وتصل الى نصف عدد المقيمين منهم فى المستشفيات . وقد حدا ذلك بإدارة المحاربين القدماء لأن تطلب من جمعية علم النفس الأمريكية قائمة ببرامج التدريب الإكلينيكية التى تقدم فى الجامعات والتى يقبل الحاصلون على الدكتوراه منها بوصفهم أخصائيين إكلينيكيين، ونشرت جمعية علم النفس الأمريكية هذه القائمة فى عام ١٩٤٧ ، وحددت فيها متطلبات برامج علم النفس الإكلينيكى المعترف بها، والتى تتمثل فى الآتى :

١ – وجود تسهيلات سيكاتيرية ( مستشفيات طب نفسى للتدريب) .

٢– عيادة أطفال .

٣– توفر موقع ثالث على الأقل للتدريب .

ولم تنطبق هذه الشروط إلا على ثمان عشرة جامعة فقط فى كل الولايات المتحدة ، تلا ذلك نشر الجمعية فى عام ١٩٤٨ قائمة بالتسهيلات المتاحة لتدريب

---

(1) Juvenile psychopathic

الأخصائى الإكلينيكى المتفرغ (Wolfe,1948).

تزامن مع ذلك إعلان المعهد الوطنى للصحة العقلية[1] عن خطته لدعم التدريب فى الدراسات العليا فى المجالات المختلفة للصحة العقلية ، وكان علم النفس الإكلينيكى من بين هذه المجالات .

وعين كارل روجرز Rogers وكان وقتها رئيسا لجمعية علم النفس الامريكية ديفيد شاكو Shakow رئيسا للجنة التدريب فى علم النفس الإكلينيكى . ويعد شاكو هو صاحب الفضل الأول فى وضع النموذج التدريبى القائم حتى الآن فى المجال ، وكان شاكو قد حصل بنفسه على نمط تدريبى متميز فى علم النفس الإكلينيكى أثناء دراسته العليا فى جامعة هارفارد، حيث قضى وقتها فترة تدريبه كأخصائى نفسى مقيم فى مستشفى ورشستر Worcester بعد عامين كاملين من الدراسة الأكاديمية الأساسية للحصول على الدكتوراه ، تلاها بحثه التجريبى على مرضى عقليين (Reimy,1950,pp.123-124) وانتهت اللجنة بما عرف باسم تقرير شاكو ، والذى صدر عام ١٩٤٧ . وكان أول وثيقة نظامية تضع أسسا للتدريب الإكلينيكى. ويذكر التقرير الآتى :

يقف خلف كل أهداف التفرغ التدريبى ( أو الامتياز[2]) حقيقة أن المعلومات الجوهرية اللازمة لممارسة علم النفس الإكلينيكى لايمكن تحصيلها من الكتب أو المحاضرات فقط ، أو من أية وسيلة أخرى توفر فقط المعلومات عن الناس ، أو عن طرق دراستهم . إن الخبرة العميقة والشاملة بالناس هى الجوهرية بالأحرى ، إذا ما أراد الطالب اكتساب منظور مناسب وقدرة على أن يطبق بشكل فعال الحقائق والأساليب العلمية . . . المكتسبة فى الموقف الأكاديمى . . . . إن الإضافة الرئيسة لنظام التدريب هى توفير الخبرة العملية المعقدة التى تتزايد تدريجيا ، وذلك تحت إشراف لصيق ومؤهل . إن تنمية وإدراك حجم كبير من الخبرات التى تسبغ معانى عيانية على المبادىء العامة أمر يمكن الحصول عليه فقط من خلال قدر كبير ومتنوع

(1) National Institute of Mental Health (NIMH)
(2) Internship

من الصلات بالمشكلات الإكلينيكية الحقيقية بالتعاون مع النظم العلمية الأخرى (Nelson,1947). وتعبر هذه الصيغة بوضوح عن فلسفة التدريب الإكلينيكى بوصفه مصدرا مباشرا لاكتساب مهارات مهنية من خلال المعايشة الواقعية للمرضى فى الميدان .

غير أن تقرير شاكو لم يكتسب قيمته ووزنه الحقيقى إلا من خلال مؤتمر بولدر للدراسات العليا فى علم النفس (Raimy,1950).

**مؤتمر بولدر**

عقد بعد ذلك مؤتمر الدراسات العليا فى علم النفس الإكلينيكى فى جامعة كولورادو Coloradoفى بولدر Boulderفى أغسطس ١٩٤٩ تحت رعاية المعهد الوطنى للصحة العقلية NIMHوحضره حوالى سبعين مشاركا ، وأصدر المؤتمر نموذجا تدريبيا للأخصائى الإكلينيكى هو ما تضمنه تماما تقرير شاكو السابق . ويقوم هذا النموذج على تدريب الممارس – العالم[1] ، بمعنى أن الأخصائى الإكلينيكى المطلوب هو عالم أكاديمى ممارس للبحث بكل مواصفات المتخصص الحاصل على الدكتوراه فى علم النفس ، وهو فى الوقت ذاته ممارس للمهنة قائم بكل متطلباتها من تشخيص وتقييم وعلاج (Routh,1994,p.124).

**مؤتمر جينزفيل**

حدد مؤتمر جينزفيل Gainesville الذى عقد عام ١٩٨٧ – بعد ٣٨ عاما من مؤتمر بولدر – خصائص فترة التفرغ التدريبى أو الامتياز فى الآتى: يتعين أن توفر فترة التفرغ التدريبى برنامجا نظاميا للإشراف ، وتدريباً نفسياً تطبيقياً ممتداً ، يتسق مع الخبرة البحثية والدراسية السابقة ، والخبرة التطبيقية فى الدراسات العليا والتدريب، وتوفر فترة التفرغ التدريبى التكامل بين المعلومات العلمية والمهنية والأخلاقية ، والاتجاهات والمهارات الأساسية فى الممارسة المهنية ، وتستمر فترة التفرغ التدريبى فى تشكيل الدور الاجتماعى وهوية المهنة للمتدرب ، والشخص الذى ينهى فترة التفرغ التدريبى هو شخص أظهر القدرة على الأداء المستقل والمسئول بوصفه

---
(1) Scientist- Practitioner

أخصائياً نفسياً ممارساً (Belar et al ., 1989) .

وكان مؤتمر جينزفيل هو أول مؤتمر فى تاريخ علم النفس الإكلينيكى؛ يفحص القضايا الخاصة بالسياسات العامة المتعلقة بالتدريب التخصصى فى علم النفس المهنى[1] . ووضعت فى هذا المؤتمر الاستراتيجيات العريضة لهذا للتدريب المقيم ، كما نوقشت فيه الدلالات الخاصة بهذه السياسات ، واعتبر المؤتمر أن نموذج التدريب الممتد على مدى عام واحد نموذج قديم عفى عليه الزمن ، وانتهى الى أن الخبرة التدريبية تحت الإشراف الممتدة لعامين كاملين هى الأساس الضرورى لتأهيل أخصائى نفسى مهنى مستقل الأداء .

وقد يكون من الضرورى للتعرف على أبعاد قضية التدريب الإكلينيكى التوقف عند هذا المؤتمر، والنتائج والمبادىء العامة التى أقرها . فمن ناحية عقد المؤتمر للإجابة على عدد من الأسئلة المحورية المتعلقة بالتدريب، من ذلك :

١- ما هدف التدريب المتخصص ( الامتياز ) ؟ وما العائد من هذا التدريب المتخصص ؟ وهل يهدف هذا التدريب لإعداد أخصائى نفسى مهنى مستقل الأداء ؟

٢- ما المرحلة التى يتعين أن يبدأ فيها نظام التدريب المتخصص أثناء الدراسات العليا؟ هل يتعين إكماله قبل أم بعد الرسالة ؟ وهل يتعين أن يكون التدريب بعد الدكتوراه ؟

٣- ما التخصصات المطلوب توفير التدريب المتخصص لها ؟ هل توجد مجالات أخرى غير علم النفس الإكلينيكى والإرشادى والمدرسى؟

٤- ما محكات القبول للالتحاق بالتدريب المتخصص ، وما محكات اكتماله؟

٥- ما العمليات والنظم الضرورية للتدريب المتخصص ( الفترة اللازمة ، والمواقع، والخبرة السابقة للمتدرب ، والقضايا الخاصة بفريق التدريب على سبيل المثال ) .

٦- هل هناك محتوى أساسى للتدريب المتخصص فى علم النفس ، وما مدى

(1) Professional psychology

التخصص الذى يتعين أن يكون عليه التدريب ؟

٧- ما القضايا المالية والإدارية التى تعوق أو تيسر التدريب ، وما الوضع الراهن، وما الوضع المأمول مستقبلا لتمويل التدريب ، وبقية القضايا الإدارية الأخرى؟

ويلاحظ من ناحية أخرى أن مؤتمر جينزفيل ربط بشكل صريح بين التدريب على المهارات المهنية واكتساب المعلومات الأخلاقية المتعلقة بالممارسة ، كما يلاحظ من ناحية ثالثة تحول الاهتمامات من توفير التدريب فى مستشفيات الطب النفسى فقط الى مواقع أخرى تتوافر فيها الخبرات النفسية الإكلينيكية ، وكان ذلك مواكبا لنمو هذه الخبرات والممارسات النفسية الإكلينيكية ، وتعد أفضل صيغة معبرة عن هذا الاتجاه الجديد الساعى الى نقل الخبرات النفسية الإكلينيكية الى الأجيال الجديدة ما يذكره كوتاش (Kutash,1957)من أن القطط وحدها هى التى تلد قططا؛ مشيرا بذلك الى أهمية أن يدرب الأخصائى النفسى الإكلينيكى – المتمرس وصاحب الخبرة– الأخصائى المبتدىء تحت التدريب .

وقد ميز المؤتمر بين التدريب المتخصص ، وهو التدريب المهنى الذى يسعى لإعداد الأخصائى النفسى المهنى ( الإكلينيكى أو الإرشادى أو المدرسى على سبيل المثال ) وبين التدريب العملى الذى يقدم من خلال البرامج الدراسية فى المراحل السابقة ، وأطلق عليه اسم التدريب العملى[1] كما اعتبره شرطا ، أو متطلبا أساسيا يتعين – انهاؤه قبل الحصول على التدريب المتخصص فى مرحلة الدكتوراه .

وتتلخص القواعد العامة التى انتهى اليها المؤتمر– بشأن القضايا المطروحة– فى الآتى :

١- تمتد فترة التدريب المتخصص لمدة عامين كاملين وليس عاما واحدا كما كانت عليه الحال من قبل .

٢- يبدأ التدريب بعد استكمال خطة أطروحة الدكتوراه وقبل الحصول على الدرجة العلمية ولمدة عام. ( باعتبار أن التدريب المتخصص ، والممارسة المهنية ولقب

---

(1) Practica

أخصائى نفسى إكلينيكى يتاح فقط فى مستوى الدكتوراه وليس قبل ذلك ) .

٣- يستكمل التدريب المتخصص لمدة عام آخر بعد الدكتوراة .

٤- يجب إجراء التدريب من خلال برامج معتمدة من جمعية علم النفس الأمريكية، وأن يكون المتدرب قد أمضى قبل ذلك ٩٠٠ ساعة من التدريب العملى فى مرحلة ما قبل الدكتوراه .

٥- يحصل المتدرب على أجر خلال تدريبه المقيم (Stricker, 1995) .

٦- يجب توافر عدد من المتطلبات الجوهرية للقبول فى التدريب، من ذلك الخبرة البحثية ، والقدرة على تطبيق المهارات العملية والتفكير النقدى .

٧- أن يكون هناك تكامل بين المعلومات العلمية والاتجاهات والمهارات والممارسة المهنية .

٨- أن تظل العلاقة قائمة بين برامج التدريب وبرامج الدراسات العليا ، بمعنى أن يكون التدريب المتخصص امتدادا متسقا مع الدراسة العليا والتدريب العملى، بحيث لا يعبر عن تحول فى الاهتمامات بين هاتين المرحلتين .

وقد اعتبرت جمعية علم النفس الأمريكية التوصيات التى خرج بها مؤتمر جينزفيل بمثابة بيان مهم بالسياسة التى تتضمن التوجهات المستقبلية فى نظام التدريب ، ورغم أن هذه التوصيات ذات طبيعة برنامجية إلا أنها تعكس الرؤية والفلسفة الحالية ، القائمة حتى الآن ، والتى تؤثر فى نظام التدريب ( أو التفرغ التدريبى ) .

وأغلب الجهات والهيئات التى يتاح من خلالها تقديم برامج التدريب الإكلينيكى المقيم هى مؤسسات وهيئات هدفها الأول تقديم خدمات الرعاية الصحية . من ذلك المراكز الطبية الكبرى ، والمستشفيات ، والعيادات التى تقدم الخدمات والرعاية لمرضى داخليين وخارجيين ، ممن يعانون الاضطرابات العقلية (Bloom, 1995).

**محكات القبول في التدريب المتخصص ( أو الامتياز)**

حددت محكات القبول اللازمة للالتحاق بالتدريب المتخصص ضرورة أن يكون المتدرب قد حصل خلال دراسته العليا على تدريب تحت إشراف رسمى، وتدريب عملى فى مجال الخدمات النفسية المباشرة ، وبحيث يشمل هذا التدريب تنوعا فى مناحى التقييم والتشخيص وأساليب التدخل والعلاج التى تخدم جمهورا متنوعا ، وأن يتناول التدريب مجالات واسعة من المشكلات ، ويتعين أن تتضمن فترة التدريب تحت الإشراف ٩٠٠ ساعة ، منها ٤٥٠ ساعة تحت الإشراف المباشر فى الخدمات النفسية فى مجال التدخل والعلاج والتقييم والتشخيص ، و٣٠٠ ساعة من الإشراف الرسمى ( على المستويين الجمعى والفردى ) ، وتتوزع ساعات الممارسة تحت الإشراف على امتداد عام واحد على الأقل .

**المزايا المستهدفة**

تعتمد المزايا المستهدفة من التدريب المتخصص على أهمية توفير خبرات على أساس المعرفة والمهارة والاتجاهات فى علم النفس المهنى ، وهى تستهدف بشكل مباشر توفير المزايا الآتية:

١- تنوع فى مناهج التقييم والتشخيص عبر تنوع من المشكلات لدى فئات مختلفة من الأفراد .

٢- تنوع فى أساليب التدخل والعلاج عبر مجموعة من المشكلات ، ولدى فئات متنوعة من الناس .

٣- خبرة مع الفئات أو الجماعات الحضارية والعرقية المختلفة ، بما فى ذلك توفير الخدمة النفسية لهم ، ودون الاقتصار على توفير هذه الخدمة فقط .

٤- البحث والتطبيق العملى لنتائج البحوث .

٥- استخدام المهارات العملية ، والتفكير النقدى فى الممارسة المهنية .

٦- دراسة القضايا المهنية والأخلاقية والقانونية المتعلقة بالممارسة .

٧- التدريب على الإشراف والإدارة فى مجال الخدمات النفسية .

وتتضمن عمليات التدريب التى يتم بها نقل هذه الأهداف الجوهرية ، خبرات إشرافية ، ودراسة رسمية ، وخبرات ، وقراءات موجهة ، وتوفير إمكانية التفاعل بين المتدربين (Belar et al., 1989).

**٣- التدريب بعد الدكتوراه**

فى ضوء ما انتهى إليه مؤتمر جينزفيل من توزيع التدريب على مرحلتين: عام قبل الدكتوراه[١] ، وعام بعد الدكتوراه[٢] ، ودعوته لعقد مؤتمر يخصص لقضايا التدريب بعد الدكتوراه (Belar et al .,1992)، أصبح من الضرورى أن تتكاتف الجهود للتنسيق لهذه المرحلة التدريبية ووضع خطوطها العريضة ، وقد تحقق ذلك من خلال مؤتمر آن أربور Ann Arborفى ميتشيجان الذى عقد فى أكتوبر ١٩٩٢ وخصص لدراسة التدريب بعد الدكتوراه ، وقد عبر المؤتمر عن تحول فى النظرة الخاصة بمسئولية تحديد معايير التدريب بعد الدكتوراه مؤكدا على ضرورة أن تكون هذه مسئولية أساسية للتخصص وليس لجهات أخرى خارجة عنه.

والواقع أن مؤتمر آن أربور كان تاليا للقاء سابق فى فترة مبكرة دار حول الموضوع نفسه ، حدث قبل ذلك بعشرين عاما -١٩٧٢ - عندما اجتمع ٤٢ أخصائيا نفسيا فى عيادة مينجر Minninger Clinic للدعوة لأول مؤتمر فى علم النفس يكون محوره قاصرا على قضايا الدراسة والتدريب فى المرحلة التالية للدكتوراه (Weiner,1973)، وبالرغم من عدم توصل هذا اللقاء الى وضع سياسات نوعية عريضة ، إلا أن المشاركين أظهروا اهتماما أساسيا واضحا بالثنائية - التى اعتبروها زائفة- بين البحث والعمل الإكلينيكى ، وهى السياسة التى كانت تلقى تشجيعا فى التدريب بعد الدكتوراه ، وقد اعتبر المجتمعون أن البحوث والتدريب عملية متكاملة .

أصدر مؤتمر آن أربور بيانا ختاميا يتضمن مجموعة المبادىء والأسس الخاصة بهذه المرحلة التدريبية ، يمكن تلخيص أهم الخطوط الأساسية فيه فى الآتى :

---

(1) Internship
(2) Residency

١- يجرى التدريب فى مواقف متنوعة فى المجالات الطبية والتعليمية ومجال الخدمات الاجتماعية .

٢- التدريب بعد الدكتوراه عملية تعليمية وتدريبية منظمة، تلى الحصول على درجة الدكتوراه المعتمدة على برامج من الدراسة فى علم النفس المهنى . ويهدف التدريب فى مرحلةما بعد الدكتوراه للتزود بكفاءة متقدمة وخبرة فى الممارسة المهنية فى علم النفس ، ولا يقصد به تدريبا يقتصر على زيادة الكفاءة فى إجراء البحوث .

٣- المراكز التى يتم فيها التدريب هى مواقع تعليمية وتدريبية متقدمة ، تقوم على أسس مهنية وعلمية مرموقة ، وهى تلتزم بوضع معايير التعليم والتدريب ، وتوفير الفرص لتطوير وابتكار نماذج إبداعية للممارسة المهنية ، بالإضافة الى تطوير البرامج والتدريب والتعليم والبحوث الإكلينيكية .

٤- يجب أن تعبر كل جوانب البرنامج التدريبى ، بما فى ذلك التعليم ، والفريق القائم بالتدريب، والمشرفين عن المبادىء الآتية :

أ) تبنى واحترام المبادىء الأخلاقية للأخصائيين النفسيين والالتزام بها، سواء فى الخدمات أو البحوث أو التدريس أو الأنشطة الإشرافية .

ب) الالتزام بالتدريب وفق المعايير النفسية التى تفرض احترام التنوع الإنسانى ، والذى يقصد به هنا – على سبيل المثال لا الحصر – التنوع العرقى والجنسى ، والتنوع فى الأعمار والأوضاع الاجتماعية الاقتصادية ونمط الحياة . وهو ما يتفق مع المحك الثانى من المحكات السبعة التى وضعتها جمعية علم النفس الأمريكية كشروط للاعتراف بالبرامج التدريبية ، والذى يؤكد على احترام وتطوير المهارات المتعلقة بالفروق الفردية والحضارية للأقليات العرقية والنساء والمعوقين والأشخاص ذوى الميول الجنسية المثلية، والفروق فى العقائد ونمط الحياة (انظر : Jones,1991 ). ويلاحظ بعض الباحثين أن المحك الثانى المشار اليه هنا لم يشدد بالقدر الكافى على هذه النقطة التى يعتبرونها جوهرية (Rickard & Clem-ents,1993)-وهى وجهة نظر تختلف عما يؤكده باحثون آخرون حول أصالة

اهتمام المبدأ المذكور بمفهوم التنوع الحضارى والتباين الإنسانى (Altimar,1993,Payton,1993) .

جـ) أن تكشف مراكز التدريب عن حس مرتفع للكرامة الإنسانية، وأن يتم التدريب بطريق محترمة تحمى الحقوق الشخصية والمدنية لكل متدرب ، وأن يتوافر لكل المتدربين القدر نفسه من الاحترام الذى يتوفر لأعضاء فريق التدريب فى موقع البرنامج ، ويتعين وضع القواعد الضرورية لتأكيد حماية هذه الحقوق .

د) تحترم المراكز التى تقدم التدريب فى هذه المرحلة الرفاهة العامة على أوسع نطاق من خلال توفير تعليم أكثر كثافة ، وتدريب يجرى فى سياق الالتزام التقليدى فى المجال بالأسس العلمية ، ومن خلال إمكانية تحقيق المتدربين لمستويات مرتفعة من الكفاءة .

هـ) لأن التدريب فى مراكز مختلفة ، طريقة من بين طرق متعددة لتوفير التعليم النظامى والخبرة تحت الإشراف المطلوب لتحديد هوية المتخصص ، فقد تقدم هذه المراكز أيضا فرصا لتطوير وابتكار نماذج جديدة تحسن من الخدمات للجمهور ، والتقدم نحو تحقيق الاحتياجات الاجتماعية الطارئة .

**نماذج التدريب**

يتم التدريب خلال فترة الامتياز وفق عدد من بدائل النظم ، وغالبا ما يكون للهيئة أو المستشفى الذى يقدم هذا التدريب نظمها الخاصة ، غير أن هذه النظم من المرونة والحيوية بحيث يمكن تعديلها فى أحيان كثيره لتلائم احتياجات المتدربين، ولأن المؤسسة أو الهيئة التى يجرى فيها التدريب تتيح مثل هذه الفرص لأكثر من متدرب ، يصبح النظام المعمول به شاملا كل أفراد مجموعة المتدربين ، أو الدفعة المعينة منهم ، وقد يتغير أو يعدل النظام بالنسبة لمجموعة تالية عليهم ، وهكذا. وأهم نظم التدريب هى الآتى :

**نموذج التتابع الثابت**(١)

ويحصل كل المتدربين وفق هذا النموذج على خبرة تدريبية متماثلة ومتطابقة

(1) Fixed sequence

بنظام ثابت ، وسابق التحديد . مثال ذلك أن يقضى كل المتدربين النصف الأول من فترة الامتياز فى أقسام المرضى الداخلية ، والنصف الثانى فى العيادات الخارجية ، ويقسم الوقت فى كل فترة من الفترتين بين المرضى الراشدين والأطفال ، وأسر المرضى . ويرتبط المتدربون دائما فى هذا النموذج بالمشرفين على تدريبهم ممن تتفق خبراتهم مع المتطلبات الإكلينيكية فى البرنامج التدريبى ، والاحتياجات النوعية للمتدربين .

**نموذج التدوير[١]**

يتيح هذا النموذج فترات مرنة من التدريب . وتأخذ عملية التدوير شكل واجبات إكلينيكية فى برنامج إكلينيكى محدد ، أو فى وحدة أو قسم معين لفترة محدودة ( عادة ما تمتد من ثلاثة الى ستة أشهر ) . ويمكن لهذه الواجبات أن تبدأ فى أى وقت خلال فترة الامتياز . من ذلك أن يبدأ المتدرب (أ) برنامجه لفترة تمتد ثلاثة أو ستة أشهر فى وحدة رعاية المرضى ذوى الحالات الحادة[٢] مثلا ، تليها ثلاثة أو ستة أشهر فى العيادة الخارجية ، ثم ثلاثة أشهر فى قسم التقييم النفسى العصبى . بينما يبدأ المتدرب (ب) بدورة مختلفة متزامنة مع دورة المتدرب (أ) ، فيبدأ من العيادة الخارجية أولا ، يليها الانتقال الى قسم التقييم النفسى العصبى ، ثم قسم المرضى المزمنين[٣] بعد ذلك .

وقد تختلف نظم التدوير من برنامج لآخر ، وقد تتطلب أن يحصل كل المتدربين على الدورة نفسها ( ولكن من خلال تتابع مختلف ) .

وينظم البرنامج فى هذا النظام أحيانا بحيث ينقسم الى قسمين : البرامج الأساسية، والبرامج الاختيارية . وتتضمن البرامج التى تقدم اختيارات تدريبية إمكانية أن يختار المتدرب مجالا معينا من بين عدد من المجالات التدويرية . ويتميز هذا النظام المرن بتوفيره الفرصة للمتدرب ليشكل خبرته التدريبية وفق اهتماماته

---

(1) Rotation model
(2) Acute patients
(3) Chronics

واحتياجاته ، وتستوفى هذه الاختيارات التدريبية متطلبات معينة تتعلق بفترة وكثافة التدريب ، دون تحديد أو إلزام صارم بمجالات ثابتة تفرض على المتدرب ، مثال ذلك أن يكون المطلوب من المتدرب الحصول على دورتين أساسيتين تمتد كل منهما لمدة أربعة أشهر ، ودورتين اختياريتين تمتد كل منهما لشهرين .

**نموذج المسارات(١)**

يتيح نموذج المسارات الفرصة للمتدرب الذى يرغب فى تركيز تدريبه على مجال فرعى بعينه ( مثال ذلك علم نفس الطفل ، أو الراشدين ، أو الصحة النفسية ، أو علم النفس العصبى ) ، وتقسم البرامج وفق هذا النموذج فرص التدريب عبر مسارين أو أكثر ، تحددهم توجهات فرعية معينة ، ويحصل المتدرب وفق هذا النظام على خبرات مكثفة ومتعمقة فى مسار أو مجال معين ، وخبرات أخرى متنوعة ، ولكن أقل كثافة وعمقا، فى بقية المسارات الأخرى .

وقد يتضمن نموذج المسارات إمكانية تقديم خبرات تدريبية اختيارية ، وتتابعات تدريبية ثابتة . ويسمح بعضها الآخر بتشكيل فترة التدريب من أساسها وفق احتياجات المتدرب ، مثلما يحدث فى النموذج التدويرى (Bloom, 1995).

(1) Track model

# الفصل الخامس

# التصنيف والتشخيص السيكاياترى

## التصنيف والتشخيص السيكايترى

يمارس الأخصائى النفسى الإكلينيكى مهامه المختلفة التى تتكامل فى نهاية الأمر لخدمة هدف نهائى هو مساعدة العميل أو المريض على تحقيق صحته النفسية وتوافقه وكفاءة أدائه الشامل والمتنوع . وتبدأ أولى مراحل هذه المساعدة بالتشخيص ، والذى يتطلب – كما ذكرنا – تدريبا متخصصا ومهارات مختلفة مكتسبة بصورة نظامية ، وإتقانا لأساليب تعامل ، وتوجه يتسم بالذكاء والمعرفة والرصانة واليسر ، مع سعى الأخصائى الإكلينيكى الى اكتساب ثقة مريضه وتعاونه .

وتتشعب أساليب التشخيص الإكلينيكى وتتنوع خصائصها ، وقد ينتسب البعض منها الى نظم علمية غير علم النفس ، إلا أنها تتشكل فى نهاية الأمر بوصفها أدوات الأخصائى التى يستخدمها فى تعريف وتحديد مشكلة المريض بهدف توفير أفضل أساليب علاجه .

ولأن أساليب العلاج تتنوع ، ولاتتساوى فى إيجابياتها وفعاليتها من حالة الى اخرى ، وهو الأمر الذى توضحه البحوث المختلفة ، وحصيلة الممارسات الطويلة ، والمراجعات النقدية لمناحى العلاج ، لذا يصبح من الضرورى فى هذه الحالة السعى الى التشخيص الدقيق للحالة ، والتشخيص الفارق لها بما يتيح للاخصائى النفسى الإكلينيكى فهم طبيعة المشكلة ، وتحديد أولوياته العلاجية ، واختيار الأسلوب العلاجى

الملائم فى ضوء الحقائق الأساسية عنها، والطرق التى اختبرت فى الحالات المماثلة ، والأسس النظرية لهذه الطرق .

ويستطيع الأخصائى الإكلينيكى- من خلال التشخيص الدقيق - الحصول على أفضل توقع للنتائج العلاجية ، أو مآل الحالة[١] . ويتطلب كل ذلك من المعالج عدم الاعتماد على انطباعاته الشخصية ، بل الرجوع الى المحكات الموضوعية، والتوصيف الدقيق للمشكلة كيفيا وكميا ، واختبار الوظائف النفسية ذات العلاقة بها ، والتعرف على الظروف المختلفة التى ظهرت فيها المشكلة وأثرت فيها أو تأثرت بها .

ويتضمن التشخيص وأساليبه -كما يعرضها هذا الفصل-استخدام الدليل التشخيصى والإحصائى الرابع للاضطرابات العقلية[٢] . وهو الإصدار الأحدث لهذا الدليل الذى تصدره جمعية الطب النفسى الأمريكية[٣]، والذى يتضمن تصنيفا شاملا للاضطرابات المختلفة ، ورغم وجود عدد من الاختلافات الأساسية بين منطق وأسس التصنيف التى يتضمنها هذا الدليل عن الأسس النفسية الخاصة بالتصنيف ، وهو ما سنشير اليه فيما بعد، إلا أن هذا الدليل يعد أحد أهم المصادر التى يمكن الاستعانة بها للحصول على توصيف دقيق لأشكال الاضطرابات .

ثم ننتقل بعد ذلك الى التشخيص السيكومترى باستخدام الاختبارات والمقاييس النفسية، المقننة ، ثم المقابلة الإكلينيكية وخصائصها وفنياتها المختلفة ، ثم معلومات الإخباريين[٤]، وهى ما يتوفر من خلال أقرب الأشخاص المحيطين بالمريض ولصيقى الصلة به ، ممن يمكنهم توفير القدر الأكبر والأكثر دقة من المعلومات عن أدائه فى الظروف التى لايتاح للأخصائى الإكلينيكى ملاحظة المريض فيها على مدى زمنى طويل ، كأدائه الاجتماعى أو الأسرى ، أو المدرسى ، أو حتى أدائه فى المستشفى أحيانا ، إذا كان قد أقام فيه لفترة تسمح بإجراء ملاحظات دقيقة لمجمل أدائه وتفاعلاته مع الآخرين ، وأساليبه فى حل مشكلاته ، وحالته المزاجية ... الى غير ذلك من العناصر التى تعد جوهرية فى التشخيص.

(1) Prognosis.
(2) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV
(3) American Psychiatric Association
(4) Informats

**البدايات المبكرة لتصنيف الأمراض**

ظهر الاهتمام المبكر بتصنيف الأمراض والاضطرابات العقلية منذ فترة طويلة تمتد الى ما قبل الميلاد لدى أبوقراط أبو الطب (٤٦٠ –٣٧٧ ق .م) ، وأفلاطون (٤٢٨ – ٣٤٧ ق.م) ، ثم جالين (١٢٩ – ١٩٩ م) خلال القرن الثانى الميلادى ، كما كان للفيلسوف والطبيب العربى ابن سينا ( ٩٨٠ –١٠٣٧ م) اهتمام مماثل ، ومن الأسماء الأخرى المهمة التى لايغفلها تاريخ تصنيف الاضطرابات ، روبرت بورتون Burton (1821-1890)، ثم الطبيب الفرنسى بوازييى دى سوفاج B. De Suovagesالذى صنف ٢٤٠٠ مرض مختلف.

غير أن أكبر وأقرب المحاولات فى هذا المجال هى تلك التى قام بها إميل كريبلين (1926 -1856) Kraeplin الذى قام بتطوير نسق تصنيفى يتضمن عدداً من الحالات التى قدم لها أسبابا مميزة ، مقدما أوصافا لخصائصها النفسية ، والمرض المخى أو عدم السواء المخى[(١)] المصاحب لها ، أو المسئول عنها . وكان لتصنيف كريبلن أهمية كبيرة ساعدت على ذيوعه والاعتراف به على نطاق واسع (Kendal,1975).

لم يقتصر جهد التصنيف على أفراد ، إذ يمكن تتبع جهود تصنيفية أخرى ترتبط بمؤسسات وهيئات مختلفة منذ نهاية القرن التاسع عشر ، كانت جميعها بمثابة إرهاصات مبكرة للنظم التصنيفية والتشخيصية الحالية . من بين هذه الجهود: النظام التصنيفى الذى أصدرته الجمعية الملكية البريطانية الطبية النفسية[(٢)] عام ١٨٨٢ ، والنظام التصنيفى الذى أصدرته جمعية المشرفين الطبيين على المؤسسات الأمريكية للجنون[(٣)] فى عام ١٨٨٦ ، وهو مقتبس من النظام الإنجليزى السابق ، كما ظهرت أيضا نظم تصنيفية أخرى متنافسة أصدرتها مهن مختلفة ومستشفيات أو جماعات حكومية ، ومن بينها التصنيف الذى أصدرته مفوضية نيويورك للجنون عام ١٨٩٠ وظلت تصدره حتى عام ١٩٦٨ .

---
(1) Cerebral pathology
(2) Royal Medico- Psychological Association
(3) Insane

غير أن تصنيفا آخر متميزا ظهر فى الأربعينيات عن منظمة الصحة العالمية(١)، وهو عبارة عن ثبت للاضطرابات العقلية والنفسية المختلفة ، أطلق عليه اسم التصنيف الدولى التاسع للأمراض(٢) . ورغم حداثة وأهمية هذا التصنيف وقيمته فى إرساء لغة علمية مشتركة عبر بلاد العالم ، نتيجة لصدوره عن هيئة دولية ، إلا أنه لم يلق قبولا واسعا مقارنة بتصنيف جمعية الطب النفسى الأمريكية ، ومن بين الأسباب الجزئية لهذا التقبل المحدود غياب نسق تصنيفى لحالات العته أو الخبل(٣)، واضطرابات التوافق والكثير من اضطرابات الشخصية الأخرى (Widiger et al . , 1991) . وقد صدرت صورة جديدة لهذا التصنيف باسم التصنيف الدولى العاشر للأمراض(٤) عام ١٩٩٠ .

**الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية**

يعد الدليل التشخيصى والإحصائى الرابع للاضطرابات العقلية(٥) أبرز المحاولات المعروفة فى مجال التصنيف والتشخيص ، وقد صدرت طبعته الأولى عام ١٩٥٢ عن جمعية الطب النفسى الأمريكية ليكون بديلا مناسبا للتصنيف الدولى للأمراض الذى أصدرته منظمة الصحة العالمية (Zammit,1995,p.107) . وقد حظى هذا الدليل بنجاح متواضع فى بداية الأمر ، واستمر ذلك لعدة سنوات ظهرت خلالها مزاياه فى توفير لغة مشتركة بين الأطباء النفسيين بصوره أدت الى نمو – وإن كان محدودا – فى ثبات التشخيص . وقد ساعد ذلك على إصدار تعديل له أطلق عليه اسم الدليل التشخيصى والإحصائى الثانى فى عام ١٩٦٨ ، متضمنا تطوراً ملحوظاً فى تصنيف الأمراض ، إلا أنه أهمل الى حد كبير – مثله فى ذلك مثل طبعة ١٩٥٢ – عددا من القضايا التى تؤدى الى ثبات التشخيص بقدر كاف ، وتؤدى من جانب آخر الى الإسهام فى تقدم البحوث ، من ذلك عدم استخدامه مصطلحات مقننة أو تعريفات إجرائية للمحكات التشخيصية . كما اعتمد تشخيص عدد من الفئات

(1) World Health Organization (WHO)
(2) (ICD- 9 ) International Classification of Diseases
(3) Dementia
(4) (ICD- 10)
(5) DSM- IV

المرضية على مقدمات وتفسيرات نظرية كانت موضوعا لجدل طويل . وقد أدى كل ذلك الى الحد من استخدامه على نطاق واسع .

غير أن إيجابيات وجود دليل شامل للاضطرابات النفسية كانت قد ظهرت منذ صدور الطبعة الأولى عام ١٩٥٢ . وكانت بمثابة الحافز القوى الذى دفع جمعية الطب النفسى الأمريكية لتشكل مجموعة عمل فى عام ١٩٧٤ تتولى دراسة حجم الإنجاز الذى تم فى مجال تصنيف الأمراض وتقييم هذا الإنجاز ، ومراجعة أوجه النقد ، وحجم التقدم فى المجال بهدف إصدار طبعة جديدة من الدليل ، والتى صدرت بالفعل بعد ست سنوات من تشكيل هذه اللجنة وذلك فى عام ١٩٨٠ باسم «الدليل التشخيصى والإحصائى الثالث للاضطرابات العقلية» .

وقد تميز الدليل التشخيصى الثالث بعدد من الخصائص المهمة :

١– وفر دليلا تصنيفيا شاملا له استخدام إكلينيكى مباشر ، حيث يساعد فى عمليات التشخيص واتخاذ القرارات فى المواقف الإكلينيكية المختلفة .

٢– وفر قدرا جيدا من الثبات لفئات التشخيص .

٣– عالج أهم العيوب النظرية فى الدليل السابق ، بحيث أصبح مقبولا من الأخصائيين الإكلينيكيين والباحثين رغم اختلاف توجهاتهم النظرية .

٤– أصبح مصدرا تعليميا جيدا ومباشرا للمهنيين فى مجالات الرعاية الصحية للمرضى النفسيين .

٥– أصبحت مصطلحاته ورموزه تقبل مناظرتها بمصطلحات ورموز التصنيف الدولى التاسع لمنظمة الصحة العالمية .

٦– تجنب استخدام مصطلحات ومفاهيم تتعارض مع التقاليد السائدة، مالم تكن هناك حاجة واضحة لذلك (Ibid.) .

وفى عام ١٩٨٧ صدرت صورة معدلة للدليل بعنوان الدليل التشخيصى والإحصائى الثالث المعدل للاضطرابات العقلية[1] تضمنت عددا من الإضافات

(1) DSM-III

والتعديلات المهمة التى تعكس إسهامات الباحثين فى مجال المرض العقلى .

**الدليل التشخيصي والاحصائي الرابع**

صدر الدليل التشخيصى والإحصائى الرابع للاضطرابات العقلية DSM-IV عام ١٩٩٤فى ٨٨٦ صفحة، ويحتوى على أوصاف تشخيصية لعدد ٢٩٧ اضطرابا ومتضمنا أحدث التطورات المهمة فى هذه السلسلة من الإصدارات للنظام التشخيصى للاضطرابات، وصدرت له مراجعة عام ٢٠٠٠ ، وتعكف لجنة من جمعية الطب النفسى الأمريكية الآن على إصدار الطبعة الخامسة التى يتوقع إصدارها عام ٢٠١٢ . ويتميز الدليل الرابع عن الطبعات السابقة فى عدد من الخصائص المهمة التى تتمثل فى الآتى :

١– استخدم فى تحديد الفئات التشخيصية – كلما كان ذلك متاحا – الدلائل العلمية ، وليست النظرية .

٢– تنتظم الفئات التشخيصية فيه وفق تدرج ( هيراركى ) واضح .

٣– التزم بمنحى وصفى مغفلا المنحى النفسى السابق الذى يشير الى إرجاع مرضية ناتجة عن أسباب دينامية .

٤– استخدم بالمثل إطارا تصنيفيا يغفل تماما أسباب المرض(١). ويقتصر على وصف الأعراض والعلامات .

٥– اعتمد على نموذج تصنيفى متعدد المحاور للاضطرابات وليس نموذجا أحاديا .

٦– سمح هذا النموذج التصنيفى متعدد المحاور بتمييز مجموعة الخصائص المتعلقة باضطرابات الشخصية ، أو تلك المتعلقة بالحالة الطبية العامة فى صلتها بالاضطراب الذى يجرى تشخيصه .

٧– يعتمد التشخيص فيه على محكات وصفية وموضوعية واضحة وقابلة للتحقق .

---

(1) Etiology

٨- أخذت التعريفات التشخيصية فى اعتبارها أن أغلب المرضى ممن لديهم اضطراب قد لايشتركون فى الخصائص الإكلينيكية نفسها ، وأنهم قد يشتركون فى خاصية أو اثنتين ، أما بعد ذلك فيوجد تنوع واختلاف بينها فى بقية الأعراض .

٩- نتيجة لهذا أصبح الدليل يقدم محكات جوهرية للتشخيص ، ولكنه يوفر فى الوقت ذاته إمكانية الاختيار بينها .

١٠- حددت فيه المصطلحات الفنية بوضوح .

١١- تعرضت فئات التشخيص للاختبار الميدانى على نطاق واسع .

وتتضمن كل فئة تشخيصية مجموعة من الأعراض والعلامات المميزة فى صورة محكات تضمين(١)أو محكات استبعاد(٢)، سواء للخصائص الإكلينيكية الظاهراتية(٣) أو أطوار المرض، أو مسار الاضطراب ، واستجابته العلاجية . ويتفق الدليل التشخيصى الثالث المعدل جزئيا مع الدليل الرابع فى هذه الخصائص (Maxman and Ward, 1995,p.10).

**تعريف الدليل الرابع للاضطراب العقلي**

يعرف الدليل الرابع الاضطراب العقلى باعتباره سلوكاً أو زملة نفسية ، أو نمطاً إكلينيكياً ذا دلالة يظهر لدى الفرد، ويرتبط بكدر مصاحب له ( عرض مؤلم ) أو عجز(٤) ( ضعف فى مجال وظيفى أو أكثر) أو باحتمال كبير لخطر معاناة الموت ، والألم والإعاقة أو فقدان الحرية . على أن لاتكون هذه الزملة مجرد استجابة متوقعة لحدث معين ، مثل موت شخص محبوب. ومهما كان سبب الاضطراب يتعين اعتباره تعبيراً عن خلل وظيفى، أو سلوكى ، أو نفسى ، أو بيولوجى لدى الفرد . ولا تعد كل من الانحرافات السلوكية أو الصراعات القائمة بين الأفراد والمجتمع اضطرابا عقليا، مالم تعبر عن عرض لخلل لدى الشخص (APA:DSM IV,1994,p.xxi-xxii).

(1) Inclusion
(2) Exclusion
(3) Phenomenological
(4) Impairment

ويبدو هذا التعريف للاضطراب متسعا وشاملا ، حيث يوضح فحصه أنه لايقتصر على الاضطرابات العقلية الكبرى[١] ، أو الأمراض الذهانية[٢] ، بل يمتد ليشمل الاضطرابات العصابية المختلفة مثل المخاوف والوساوس، والأفعال القهرية ، وبقية اضطرابات القلق المتعددة . وهو يمتد بالمثل الى مشكلات الشخصية فيتضمن الكثير من الانحرافات السلوكية – رغم أنه لايعتبرها اضطرابات عقلية، ويوحى شمول الدليل لكل هذه الجوانب – خطأ – بأن الكثير من اضطرابات الشخصية والاضطرابات العصابية تتطلب علاجا وفق النموذج الطبى، وهو أمر غير صحيح على إطلاقه . ومع ذلك يتعين الإشارة هنا الى حقيقة أن الدليل لايتعرض على الإطلاق لمشكلات العلاج، بل يقتصر على التصنيف والتشخيص فقط.

**التشخيص**

يقصد بتعبير التشخيص[٣] مجمل العمليات التى يتم من خلالها التعرف على المرض أو الزملة المرضية المعينة وتقييم درجة شدتها ، ويتعين هنا النظر الى حقيقة أن الدليل التشخيصى الرابع لايشخص ، بل يتضمن المؤشرات الأساسية والمهمة التى تساعد الأخصائى الإكلينيكى على التشخيص . معنى هذا أن عملية التشخيص تعتمد فى جوهرها على شخص الفاحص أو المعالج، وعلى مهاراته فى الملاحظة والتنبه الى التفاصيل الجوهرية وتقييم المعلومات المتوفرة لديه، وليس على النصوص التى تصف الاضطرابات وتحدد المحكات ، بتعبير آخر أن الدليل لا يشخص الأفراد ، بل يصف الاضطرابات ويحدد خصائصها . أما تطابق هذه الأوصاف والمحكات مع حالة فردية معينة، وهو جوهر التشخيص، فهو مهمة يتحقق منها الأخصائى الإكلينيكى بأساليبه وطرقه فى ملاحظة وتقييم وفحص الحالة الفردية . وعلى هذا فإن المبدأ الأساسى هنا هو أن التشخيص لاتحدده المحكات ، بقدر ما يحدده الأخصائى الإكلينيكى الذى يسترشد بهذه المحكات باعتبارها موجهات عامة[٤] مقبولة .

---

(1) Major disorders
(2) Psychosis
(3) Diagnosis
(4) Guidelines

**وبهذا تتمثل المزايا التى يحققها الدليل الرابع في الآتي :**

١- يساعد على تصنيف الأعراض التى يكشف عنها المريض وفق مفاهيم عامة.

٢- يحدد للأخصائى الإكلينيكى السياق الذى يقوم بعمليات التقييم فى إطاره .

٣- يوفر إمكانية الحصول على فهم أفضل للأعراض .

٤- يساعد على تحديد ورسم السياسة العلاجية .

ومن الضرورى هنا ملاحظة التمييز الدقيق بين معانى المصطلحات التى يشار بها الى أشكال عدم السواء المختلفة ، وهو التمييز الذى يدعم هذا المنحى الوصفى الذى يلتزم به الدليل ، وذلك على الوجه الآتى :

١- يطلق تعبير داء [١] عندما تكون الأسباب[٢] معروفة وقابلة للتحديد الدقيق، وهو التقليد الذى يسير عليه الطب .

٢- يطلق تعبير مرض[٣] على الحالة العامة التى تتضمن الخبرة المرضية الكلية لحالة معينة ، متضمنة الاضطرابات العضوية. ورغم هذا الفارق الدقيق إلا أن الكثير من الأخصائيين الإكلينيكيين يستخدمون المصطلحين باعتبارهما مترادفين .

٣- يستخدم تعبير زملة [٤]عندما لاتكون أسباب الاضطراب معروفة، أو إذا كانت هناك أسباب متعددة له، غير محددة ، أو تختلف من حالة الى أخرى (Zammit,1995,p.105).

ويشير تعبير زملة فى الوقت ذاته الى تجمع من الأعراض[٥] والعلامات[٦]. وتختلف الأعراض عن العلامات فى الآتى :

أ) الأعراض عبارة عن خبرة ذاتية لدى المريض لاتسهل ملاحظتها ، ويتعين عليه أن يصرح بها ، وتتضمن الأعراض الشعور بالألم ، أو معاناة الهلاوس السمعية ،

(1) Disease
(2) Etiology
(3) Illness
(4) Syndrome
(5) Symptoms
(6) Signs

أو البصرية ، وفقدان الشهية ، والمشاعر الاضطهادية ، والشعور بالقلق .

ب) تتضمن العلامات الخصائص التى يمكن ملاحظتها من الخارج وتوثيقها موضوعيا بواسطة الفاحص ، مثال ذلك السلوك الخوافى ، وسلوك عدم الراحة ، وفقدان الوزن ، والحديث الاضطهادى، والبكاء .

وبهذا يمكن النظر الى المزاج الاكتئابى باعتباره عرضا ، أما البكاء فباعتباره علامة . غير أنه يتعين ملاحظة أن بعض الناس قد تكون لديهم أعراض مثل القلق أو الأرق ، دون أن يكون لديهم اضطراب عقلى . العرض يعكس فقط هذا الاضطراب ، وأغلب الأعراض فى المرض العقلى تتجاوز الخبرة المعتادة للشخص (Maxman and Ward,1995,p.7).

**درجة شدة الاضطراب**

على الرغم من التزام الدليل الرابع لمنحى وصفى تقريرى فى عرضه للاضطرابات المختلفة فى فئات متمايزة ، إلا أنه يحدد مؤشرات لدرجات الشدة على الأخصائى الإكلينيكى أن يتبينها ويذكرها فى تشخيصه للحالة .

ويستخدم الدليل ست فئات لتحديد شدة الاضطراب الذى يجرى تشخيصه ، هى الآتى :

١- اضطراب خفيف أو بسيط[1] وحيث يصرح المريض بعدد قليل من الأعراض الخاصة باضطراب معين ، غير أنها أقل من الحد الأدنى من المحكات اللازمة لتشخيص الاضطراب .

٢- اضطراب متوسط الدرجة[2] وهو درجة متوسطة من الاضطراب تتجاوز الحد الأدنى المطلوب للتشخيص ، ولكنها لا تصل الى مستوى الاضطراب الحاد .

٣- اضطراب حاد[3] وهو المستوى الذى يعانى فيه المريض أعراضاً كثيرة تتجاوز الحد الأدنى من المحكات التشخيصية ، وقد تكون بعض الأعراض – وليس كلها

(1) Mild
(2) Moderate
(3) Severe

– هى الحادة على وجه الخصوص ، أو أن الأداء الاجتماعى والوظيفى للمريض قد تأثر بشكل ظاهر .

٤– انحسار جزئى[1] وهو الحالة التى يكون المريض قد سبق أن استوفى فيها من قبل محكات الاضطراب التشخيصية ، ورغم أن بعضها ما زال موجودا إلا أنها تكون عند التشخيص أقل من أن تستوفى هذه المحكات .

٥– انحسار كامل[2] وهو الحالة التى يكون المريض قد تخلص فيها تماما من الأعراض لفترة دالة من الزمن من المنظور الإكلينيكى .

٦– لديه تاريخ سابق[3] وحيث يبدو من التشخيص أن المريض قد تعافى تماما من اضطرابه ، غير أن الأخصائى يشعر أنه من الضرورى الإشارة الى تاريخه المرضى .

وبينما لايعبر عن هذه الدرجات من الشدة كميا ، إلا أنها تعبر عن تدرج متصل لشدة المرض ، بحيث تعلى أن النظر الى الاضطراب باعتباره موجودا أو غائبا، يكون أو لايكون، ليس نظرا سليما . وتقرب هذه النقطة فى معالجة الشدة التصنيف والتشخيص السيكاتيرى من المنظور النفسى فى واحد من أهم خصائصه .

**الخصائص العامة للدليل**

تصنف الزملات المختلفة فى فئات ، وفئات فرعية . وتصنف هذه الفئات فى خمسة أقسام عريضة ، يطلق عليها اسم المحاور[4].

ورغم أن الدليل يتبع النموذج الطبى للأمراض إلا أنه تجدر ملاحظة الآتى :

١– أن استخدام هذا النموذج الطبى قاصر على الأعراض الوصفية ، ولايربط بين المرض أو الزملة ووصفها أى أسلوب علاجى معين .

٢– الدليل غير معنى فى أغلب الأحوال بتقديم أية فروض حول أسباب المرض.

---
(1) Partial remission
(2) Full remission
(3) Prior history
(4) Axises

٣- أن الوصف والتصنيف قائم على أساس مسوح ومراجعات علمية وإحصائية لنتائج البحوث المنهجية ، أو الأكثر ضبطا .

٤- رغم تناول الدليل الحالات والاضطرابات العضوية فى المحور الثالث فيه، إلا أن هذه الحالات ليست محور الاهتمام ، بل يتجه الاهتمام إليها من حيث تأثيرها أو تأثرها بالاضطرابات النفسية .

٥- يتسم المحوران الرابع والخامس : المشكلات الاجتماعية والبيئية ، تقييم مجمل الأداء، بطبيعتهما النفسية الواضحة ، وقد توجد أعراضهما سابقة على اضطراب عقلى ، أو مصاحبة له ، أو تالية عليه . ولكنها- وهذا هو المهم - قد توجد أيضا دون وجود أى اضطراب عقلى .

٦- يجمع الدليل بين التخلف العقلى واضطرابات الشخصية معا فى المحور الثانى، إلا أن هذا لايعنى - بأى حال - أنهما فئة واحدة عريضة ، ويبدو أن محاولة الدليل إخراج التخلف العقلى واستبعاده من فئة الاضطرابات العقلية التى خصص لها المحور الأول فرضت ضمه لمحور آخر ، دون تخصيص محور خاص به ، فضم الى اضطرابات الشخصية فى المحور الثانى ، وهو منطق غير مبرر .

٧- لايعنى اهتمام الدليل باضطرابات الشخصية ، وتخصيص المحور الثانى لها - بأى حال - أنها اضطرابات أو أمراض عقلية .

٨- قد تتعدد الأعراض والمشكلات لدى المريض ، بما يجعلها تقبل التصنيف على أكثر من محور فى الوقت الواحد . ويجب فى هذه الحالة الإشارة الى التشخيص الذى يكون محور الاهتمام الإكلينيكى العلاجى ، بعبارة التشخيص الرئيس(١)، مع ملاحظة أنه لايوجد ما يمنع من كون هذا التشخيص الرئيس لاضطراب لايقع فى المحور الأول .

**بعض المحددات المهمة فى التشخيص**

يلاحظ ضرورة الإشارة عند التشخيص الى الفئة الفرعية للاضطراب حيثما

(1) Principal diagnosis

توجد مثل هذه الفئات الفرعية ، من ذلك على سبيل المثال ضرورة تحديد الفئة الفرعية عند تشخيص الفصام . فتحت فئة الفصام والاضطرابات الذهانية الأخرى يوجد ، كما ذكرنا من قبل ، ثلاثة عشر تصنيفا يمكن تحديد بعضها بوصفها أنماطا فرعية(١) . ويتطلب تشخيص الفصام من الأخصائى الإكلينيكى الآتى :

أ) تحديد الفئة الفرعية : كتاتونى ، مختلط ، اضطهادى ، متبلد ، أو متبقى .

ب) هل الحالة مستمرة أم نوابية أم منحسرة جزئيا أو كلياً ، حادة أم متوسطة .

جـ) هل توجد بعض الأعراض ذات الصلة بأنماط أخرى أم لا ؟ (Zammit,1995,p.114) .

كما قد يكون من المناسب فى أحيان كثيرة التشخيص فى أكثر من فئة إذا تحققت محكاتها ، وما لم تكن الفئات متعارضة . غير أن هناك مؤشرات حاسمة تمنع التصنيف فى أكثر من فئة ، كأن لايكون التشخيص ممكنا عند وجود محكات استبعادية أو مانعة(٢) ، مثال ذلك أنه لايمكن تشخيص اكتئاب أساسى(٣) وفصام(٤) معا على المحور الأول، لأن أحد المحكات المانعة فى الاكتئاب الأساسى هو أن نوبات المرض لاتستوفى محكات الفصام ، كما أنه من غير المناسب كذلك تسجيل تشخيص إضافى لأعراض تعد مصاحبات للمحور الأول . مثال ذلك أن المريض الاكتئابى الذى يشكو من القلق ، ومن أفكار وسواسية ، وبعض الأوجاع البدنية ، لا يشخص عادة تشخيصا إضافيا باضطراب القلق العام، أو الوسواس القهرى، أو الاضطرابات ذات الطبيعة البدنية(٥) ، فكل هذه الأعراض مصاحبات للاكتئاب وجزء من الظواهر الأولية لهذا الاضطراب الأساسى .

نصل من ذلك الى المبادىء العامة التى تحكم استخدام المحكات التشخيصية والتى يمكن تلخيصها فى الآتى :

---

(1) Subtypes
(2) Exclusive
(3) Major depression
(4) Schizophrenia
(5) Somatoform disorders

١) محكات التضمين(١): وهى تتضمن نوعين من الخصائص قد يوجدان لدى المريض الواحد:

أ) خصائص أساسية(٢)، ويجب ملاحظتها لدى كل مريض ينطبق عليه تشخيص معين .

ب) خصائص مصاحبة(٣)، وقد تلاحظ أو لا تلاحظ لدى مريض ينطبق عليه تشخيص معين .

٢- محكات الاستبعاد(٤) وهى محكات إذا لوحظت لدى مريض معين فإنها تنفى انطباق التشخيص موضوع النظر عليه ، وتوحى بوجود اضطراب آخر لديه تتوافر محكاته فى فئة أخرى .

٣- تباين التألفات التشخيصية فى الفئة الواحدة . وهو أمر يلاحظ فى حالات كثيرة، حيث يكون لدى مريضين مختلفين تألفان مختلفان من الأعراض مع تشخيص واحد لهما . وهو ما يعنى أن هناك تنوعا حقيقيا فى أعراض كل فئة ، إذ قد لا يعرض كل مريض التجمع أو المجموعة نفسها من الأعراض بصورة نمطية .

**المنحى التدرجى فى التشخيص**

ويقوم المنحى التدرجى ( الهيراركى) فى التشخيص على مبدأين عامين :

أ) المبدأ الأول: هو أنه عندما يتضح أن المظاهر الإكلينيكية لاضطراب ما ترجع الى حالة طبية معينة أو لاستخدام مواد معينة (مخدرات ، كحوليات ، عقاقير) فإن تشخيص الاضطراب فى علاقته بهذه الأسباب تكون له الأولوية – باعتباره ناتجا عن سبب محدد – على تشخيصه باعتباره اضطراباً آخر له الأعراض ذاتها . مثال ذلك الاكتئاب الناتج عن استخدام المخدرات هو التشخيص صاحب الأولوية على التشخيص فى فئة اكتئاب أساسى .

---

(1) Inclusion criteria
(2) Essential features
(3) Associated features
(4) Exclusion criteria

ب) المبدأ الثانى: هو أنه فى حالة استيفاء المحك التشخيصى لزملة أساسية بدرجة شدة مرتفعة ، يتعين استبعاد الاضطرابات الأخرى ذات المستوى الأدنى ، مثال ذلك أنه فى حالة تشخيص مريض على أنه يعانى إكتئاباً أساسياً حاداً ، يجب إلغاء أو عدم استخدام تشخيص مزاج اكتئابى [1]، وهو من نفس فئة الاكتئاب، كما لايجوز استخدام تشخيص القلق وهو من فئة أخرى ، ويستبعد أيضا استخدام أى تشخيصات أخرى مهما كان عددها حتى إذا كانت محكاتها تشارك فى بعض أعراض الاضطراب الجارى تشخيصه (Zammit,1995,pp.113) .

**محاور الدليل التشخيصي الرابع**

**المحور الأول[2]: الاضطرابات العقلية الكبرى**

يتضمن هذا المحور خمس عشرة فئة من الاضطرابات الكبرى، هى الآتى :

١– اضطراب الهذيان[3] .

٢– اضطراب الخبل أو العته[4] .

٣– اضطرابات النسيان والاضطرابات المعرفية الأخرى[5] .

٤– الاضطرابات العقلية التى ترجع الى حالات طبية عامة .

٥– الاضطرابات الناتجة عن تعاطى واستخدام عناصر مخدرة أو مسكرة .

٦– الفصام والاضطرابات الذهانية الأخرى ، وتتضمن هذه الفئة ثلاثة عشر نمطا فرعيا مختلفا.

٧–اضطرابات المزاج[6] .

٨– اضطرابات القلق[7] .

---

(1) Dysthymia
(2) Axis I
(3) Delirium
(4) Dementia
(5) Amenstic
(6) Mood disorders
(7) Anxiety disorders

٩- الاضطرابات ذات الأعراض الجسمية[١] .

١٠- اضطرابات التصنع[٢] .

١١- اضطرابات التفكك[٣] .

١٢- الاضطرابات الجنسية واضطرابات الهوية[٤] .

١٣- اضطرابات الأكل[٥] .

١٤- اضطرابات النوم[٦] .

١٥- الاضطرابات القهرية[٧] .

يضاف الى هذا المحور خمس فئات أخرى تتعلق باضطرابات التوافق المصاحبة للمزاج الاكتئابى أو القلق، واضطراب السلوك أو الانفعالات، أو الفئتين معا (APA, 1994, p.23).

**المحور الثاني[٨] : اضطرابات الشخصية والتخلف العقلي***

يشار الى فئات التخلف العقلى بوصفها اضطرابات تظهر عادة لأول مرة بشكل واضح فى الطفولة أو المراهقة، وتشغل اضطرابات الطفولة فئة تتضمن عشرة اضطرابات أساسية كالآتى :

١- التخلف العقلى[٩] .

٢- اضطرابات التعلم[١٠] .

(*) تعرف الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي AAMR التخلف العقلي بالآتي : أداء عقلي عام دون المتوسط بفرق جوهري ، مصحوب بسلوك غير توافقى ، وينشأ خلال المرحلة الارتقائية من العمر (Grossman et al,1983:11) وبذلك لايختلف عن تعريف الدليل الذى يشير الي مرحلة ظهوره بشكل واضح وليس الي نشأته .

(1) Somatoform disorders
(2) Factitious disorders
(3) Dissociative disorders
(4) Sexual and gender identity
(5) Eating disorders
(6) Sleep disorders
(7) Impulse- control disorders
(8) Axis II
(9) Mental retardation
(10) Learning disorders

٣- اضطراب المهارات الحركية[١] .

٤- اضطرابات التواصل [٢] .

٥- اضطرابات الانحرافات الارتقائية[٣] .

٦- اضطرابات الانتباه[٤] .

٧- اضطرابات التغذية والأكل[٥] .

٨- اضطرابات الخلجات[٦] .

٩- اضطرابات الإخراج[٧] .

١٠- بعض الاضطرابات الأخرى فى الطفولة أو المراهقة مثل الانفصال أو الحركات النمطية .

أما اضطرابات الشخصية على المحور نفسه فتتضمن الآتى :

١ - الاضطراب البرانويدى[٨] .

٢ - الشخصية شبه الفصامية[٩] .

٣ - الشخصية فصامية النمط[١٠] .

٤ - الشخصية المضادة للمجتمع[١١] .

٥ - اضطرابات الشخصية البينية[١٢] .

٦ - اضطراب الشخصية الهستيرية[١٣] .

(1) Motor skills disorders
(2) Communication disorders
(3) Pervasive developmental disorders
(4) Attention deficit disorders
(5) Feeding and eating disorders
(6) Tic disorders
(7) Elimination disorders
(8) Paranoid personality disorder
(9) Schizoid personality disorder
(10) Schizotypal personality
(11) Antisocial personality disorder
(12) Borderline personality disorder
(13) Histrionic personality disorder

٧ – اضطراب الشخصية النرجسية[1] .

٨ – اضطراب الشخصية التجنبية[2] .

٩ – اضطراب الشخصية الاعتمادية[3] .

١٠ – اضطراب الوسواس القهرى[4] .

(APA, 1994, p.23).

ويعتبر الدليل التشخيصى الرابع سمات الشخصية أنماطا من التفكير والوجدان والسلوك ، وأساليب تفاعل مع الآخرين ، تتسم بالثبات والاستقرار، ولا تعتمد على السياق الذى تظهر فيه . ويستخدم التشخيص فى فئات اضطرابات الشخصية عندما تتسم خصائصها بالجمود أو عدم المرونة ، وعندما لاتكون متوافقة، وتسبب عجزا جوهريا أو كدرا ذاتيا (APA,1994,p.30)، وعلى أن يكون الاضطراب مستمرا على امتداد فترة تصل الى خمس سنوات من بينها العام الأخير، مع بداية تكون قد ظهرت عادة فى مرحلة الطفولة أو بداية الرشد .

**المحور الثالث Axis III : الحالة الطبية العامة**

تستخدم فئات المحور الثالث لتشخيص الاضطرابات الجسمية ذات العلاقة بفهم الاضطراب العقلى أو التعامل معه . وأحيانا ما يكون تشخيص مريض وفق إحدى فئات المحور الثالث متعلقا بأسباب المرض عند الشخص أو للمساعدة فى التنبؤ بمسار المرض، أو لتحديد العلاج الأنسب .

ويهدف الدليل من وراء تمييز هذه الفئة من الأعراض العضوية فى محور مستقل الى تشجيع الفحص الشامل الذى يقوم به الأخصائى الإكلينيكى ولتعزيز التواصل بين المهنيين المختلفين فى مجالات الرعاية الصحية (op .cit.,p.27)، مثال ذلك أنه عند تشخيص مريض اكتئابى يعانى اضطراب تنفس صنف على المحور الثالث باعتباره اضطراب تنفس أثناء النوم[5] يكون من الضرورى الإشارة

(1) Narcissistic personality disorder
(2) Avoidant personality disorder
(3) Dependant personality disorder
(4) Obsessive- compulsive disorder
(5) Obstructive sleep apnea

اليـــه طالما أن هذا الاضطراب يمكن أن يؤدى الى أعـــراض اكـــتـــئـــابيـــة (Zammit,1995,p.115).

**ويتضمن المحور الثالث الفئات الاتية:**

١ – الالتهابات والأمراض الطفيلية(١) .

٢ – الأورام(٢) .

٣ – الغدد الصماء وأمراض التغذية وأمراض الأيض ، واضطرابات المناعة(٣) .

٤ – أمراض الدم والأعضاء المكونة للدم(٤) .

٥ – أمراض الجهاز العصبى وأعضاء الحس(٥) .

٦ – أمراض الدورة الدموية(٦) .

٧ – أمراض الجهاز التنفسى(٧) .

٨ – أمراض الجهاز الهضمى(٨) .

٩ – أمراض الجهاز البولى التناسلى(٩) .

١٠– تعقيدات الحمل والولادة والنفاس(١٠) .

١١– الأمراض الجلدية وأمراض الأنسجة تحت الجلد(١١).

١٢–أمراض الجهاز العضلى الهيكلى والأنسجة الرابطة.

١٣ – الشذوذ الخلقى الجسمى(١٢) .

---

(1) Infectious and parasitic diseases
(2) Neoplasms
(3) Endocrine Nutritional ,Metabolic diseases and Immunity disorders
(4) Diseases of the blood and blood-forming organs
(5) Diseases of the nervous system
(6) Diseases of the circulatory system
(7) Diseases of the respiratory system
(8) Diseases of the digestive system
(9) Diseases of the genitourinary system
(10) Complications of pregnancy,childbirth,and puerperium
(11) Diseases of the skin and subcutaneous tissue
(12) Diseases of the musculoskeletal system and connective tissue

١٤–حالات معينة تنشأ حول فترة الولادة[1] .

١٥ – أعراض وعلامات مرضية محددة[2] .

١٦ – الجروح والتسمم[3] .

**المحور الرابع Axis IV : المشكلات النفسية الاجتماعية والبيئية**

يختص المحور الرابع بتصنيف المشكلات النفسية– الاجتماعية، والمشكلات البيئية التى يمكن أن تؤثر فى التشخيص أو العلاج أو فى مآل الاضطرابات العقلية المختلفة، والتى أشير اليها فى المحورين الأول والثانى .

وقد تكون المشكلة النفسية – الاجتماعية أو البيئية هى أحد أحداث الحياة السلبية، أو صعوبة بيئية أو آفة اجتماعية معينة ، أو أية ضغوط أسرية أو تفاعلية ، أو أية مشكلات أخرى متعلقة بالسياق الذى نشأت فيه مشكلات الشخص (APA,1994,p. 29) . وتصنف هذه المشكلات فى الآتى:

١– مشكلات خاصة بمجموعة المساندة الأولية . مثال ذلك وفاة عزيز أو مشكلات صحية فى الأسرة ، أو حدوث تمزق فى العائلة ناتج عن الانفصال ، أو الطلاق ، أو الخروج من البيت ، أو الزواج الثانى لأحد الأبوين ، أو الاستغلال أو الإيذاء، أو الهجر الجنسى أو البدنى، أو الحماية الوالدية المفرطة ، أو إهمال الطفل ، أو النظم الاجتماعية غير المناسبة ، أو الخلافات بين الإخوة ، أو ولادة أخ أو أخت .

٢ – مشكلات متعلقة بالبيئة الاجتماعية . مثال ذلك وفاة أو فقدان صديق ، أو مساندة اجتماعية غير ملائمة ، أو العيش منفردا ، أو صعوبات مع البيئة الثقافية ، أو التعرض للتمييز، أو مشكلات التكيف مع تحولات دورة الحياة( مثل مشكلات التكيف مع التقاعد ) .

٣ – المشكلات التعليمية . مثل الأمية ، المشكلات الدراسية ، النزاع مع المدرسين أو زملاء الفصل ، أو البيئة المدرسية غير المناسبة .

---

(1) Certain conditions originating in the prenatal period

(2) Symptoms, signs, and ill-defined conditions

(3) Injury and poisoning

٤ – المشكلات المهنية . مثل البطالة ، أو التهديد بفقدان الوظيفة ، أو ضغوط العمل ، أو ظروف العمل الصعبة ، أو انعدام الرضا الوظيفى ، أو تغير الوظيفة ، أو النزاعات مع الرؤساء ، أو الزملاء فى العمل .

٥– مشكلات السكن . مثال ذلك التشرد[1] أو السكن غير المناسب ، أو الجيرة غير الآمنة ، أو النزاعات مع الجيران ، أو مالك المسكن .

٦– مشكلات مع خدمات الرعاية الصحية المتاحة . مثال ذلك عدم ملاءمة خدمات الرعاية الصحية ، أو عدم توافر وسائل الانتقال لمراكز الرعاية الصحية، أو تأمين صحى غير ملائم .

٧– مشكلات متعلقة بالتفاعل مع النظام القانونى والجنائى . مثال ذلك التعرض للاعتقال ، أو السجن ، أو المقاضاة ، أو أن يكون المرء ضحية لجريمة .

٨– مشكلات نفسية واجتماعية وبيئية أخرى . مثال ذلك التعرض لكارثة ، أو للحرب ، أو لبعض الأعمال العدائية الأخرى ، أو النزاع مع بعض مقدمى الرعاية من أفراد غير المرشدين، أو الأخصائيين الاجتماعيين، أو الأطباء، أو عدم توافر هيئات الخدمة الاجتماعية .

ويتعين على الأخصائى الإكلينيكى الإشارة الى أنواع الصعوبات النفسية الاجتماعية والبيئية التى تظهر قبل العام الأخير للمرض إذا كان من الواضح أن مثل هذه الصعوبات أسهمت فى حدوث الاضطراب، أو كانت محورا للعلاج (Op.cit.,pp.29-30) .

**المحور الخامس[2] :تقييم مجمل الأداء**

المقصود بتقييم مجمل الأداء[3] هو أن يقوم الأخصائى الإكلينيكى بتقييم عام لمستوى الأداء ، وتعد المعلومات المستخلصة وفقا للمحور الخامس مفيدة فى تخطيط العلاج وتقييم تأثيره، والتنبؤ بعائده . ويستخدم لهذا التقييم مقياس تقييم مجمل

(1) Homelessness
(2) Axis V
(3) Global assessment of functioning (GAF)

الأداء[1] . ويعتمد التقييم باستخدام هذا المقياس لا على فحص أو ملاحظة الأعراض والعلامات المرضية، بل على الأداء الاجتماعى والنفسى والوظيفى للمفحوص . وتحدد تعليمات التطبيق بوضوح الآتى: ضرورة عدم تضمين العجز فى الأداء الذى يرجع الى قصور عضوى أو بيئى . وعلى أن يتعلق التقييم باستخدام هذا المقياس بالفترة الحالية التى يطبق فيها؛ بحيث تعكس الدرجة عليه الحاجة الى الحصول على رعاية أو علاج . وفيما يلى نص المقياس والتعليمات :

**مقياس مجمل الأداء**

ضع فى الاعتبار الأداء النفسى والاجتماعى والمهنى عند إعطاء التقديرات على هذا المتصل الفرضى للصحة – المرض العقلى . لاتضمن العجز فى الاداء الناتج عن قصور عضوى أو بيئى .

الدرجة( ملحوظة : استخدم درجات متوسطة عندما يكون ذلك مناسبا ، مثل ٤٥، ٦٨، ٧٢ ) .

١٠٠ أداء متميز فى مجال واسع من الأنشطة ، لا يبدو على الإطلاق أن مشكلات الحياة قد خرجت عن التحكم ، يقدره الآخرون بسبب خصاله الإيجابية المتعددة ، لا توجد أعراض .

٩٠ لا توجد أعراض ، أو هناك الحد الأدنى منها ( مثال ذلك قلق خفيف قبل أداء الامتحان ) ، أداء جيد فى كل المجالات ، شغوف ومشارك فى مجال واسع من الأنشطة، فعال اجتماعيا ، راض بحياته بصفة عامة ، لاتوجد لديه مشكلات أكثر من مشكلات وانشغالات الحياة اليومية ( مثال ذلك مجادلات بين الحين والآخر مع أفراد الأسرة ) .

٨٠ إذا وجدت بعض الأعراض . فإنها تكون عابرة وبمثابة ردود أفعال مقبولة للضغوط النفسية والاجتماعية ( مثال ذلك صعوبة التركيز بعد جدل عائلى) ، ولا يوجد أكثر من عجز ضئيل فى الأداء الاجتماعى والوظيفى ، أو الأداء المدرسى (مثال ذلك فشل مؤقت فى أداء الواجبات المدرسية ) .

(1) The Global Assessment of Functioning

٧٠ بعض الأعراض البسيطة ( مثال ذلك مزاج اكتئابى وأرق بسيط) أو بعض الصعوبات فى الأداء الاجتماعى والمهنى، أوالمدرسى ( مثال ذلك هروب من أداء الواجبات بين الحين والآخر، أو الهروب من المدرسة، أو سرقات من داخل البيت ) ولكن أداءه العام جيد للغاية ، ولديه علاقات تفاعلية جيدة .

٦٠ أعراض متوسطة ( مثال ذلك تبلد انفعالى ، وحديث عارض ، نوبات هلع بين الحين والآخر) أو صعوبات متوسطة الدرجة اجتماعية ومهنية، أو فى الأداء المدرسى ( مثال ذلك لديه قليل من الأصدقاء ، لديه صراعات مع أقرانه أو زملاء العمل ) .

٥٠ أعراض خطيرة ( مثال ذلك أفكار انتحارية ، طقوس وسواسية حادة ، سرقات متكررة من المتاجر ) ، أو أى عجز خطير فى الأداء الاجتماعى أو المهنى أو المدرسى ( مثال ذلك لا أصدقاء له ، غير قادر على الاحتفاظ بوظيفة) .

٤٠ بعض العجز فى القدرة على اختبار الواقع أو التواصل ( مثال ذلك كون الكلام غير منطقى أحيانا ، أو غامضاً ، أو غير متعلق بالسياق ) أو وجود عجز أساسى فى عدد من المجالات مثل العمل أو المدرسة، أو العلاقات الأسرية ، أو القدرة على التقييم والتفكير ، والمزاج ( مثال ذلك رجل مكتئب يتجنب الأصدقاء ، يهمل الأسرة وغير قادر على العمل ، أو مثل الطفل الذى يعتاد عض الأطفال الأصغر منه ، جسور فى البيت وفاشل فى المدرسة ) .

٣٠ السلوك متأثر بشكل جوهرى بهذاءات أو هلاوس أو عجز خطير فى التواصل والقدرة على الحكم والتقييم ( مثال ذلك أفعال غير مترابطة وغير ملائمة بشكل بالغ ، انشغال بالانتحار ) أو انعدام القدرة على الأداء فى أغلب المجالات (مثال ذلك البقاء فى الفراش طوال اليوم بلا وظيفة أو بيت و أصدقاء ) .

٢٠ بعض المخاطر أو إيذاء الذات أو الآخرين ( مثال ذلك محاولات انتحار دون توقع واضح للموت ، عنف متكرر ، هياج هوسى ) أو فشل متكرر فى الحفاظ على الحد الأدنى من العناية الصحية بالنفس ( مثال ذلك تلوث أو تلطخ بالبراز) أو عجز كبير فى التواصل (مثال ذلك غير متماسك للغاية أو أصم) .

١٠ خطر قائم ومستمر لإيذاء الذات أو الآخرين ( مثال ذلك عنف متكرر) أو انعدام مستمر للقدرة على الحفاظ على الحد الأدنى من الصحة الشخصية، أو أفعال انتحارية خطيرة مع توقع واضح للموت .

صفر معلومات غير ملائمة .

* * *

**نوع المعلومات المقدمة عن كل اضطراب في الدليل**

يقدم الدليل مجموعة من المعلومات عن كل اضطراب يتم الإشارة اليه بصورة تسمح بالتعرف الدقيق على هذا الاضطراب ، وخصائصه المختلفة ، والعوامل المتعلقة به وذلك وفق تنظيم نمطى على امتداد العرض . وتتضمن هذه المعلومات الخصائص التشخيصية والأنماط الفرعية أو المحددات ، وإجراءات الإشارة المرجعية اليه وفقا لرموز الدليل ورموز التصنيف الدولى للأمراض الخاص بمنظمة الصحة العالمية ، والخصائص والاضطرابات المصاحبة . هذا بالإضافة الى الخصائص الحضارية والعمر والفروق بين الجنسين فى معدلات الاضطراب ، ومعدلات الانتشار ، ومسار المرض ، والنمط العائلى ، أو الوراثة بين أقارب الدرجة الأولى ، ثم التشخيص الفارق للاضطراب وذلك على الوجه الآتى :

**أ- الخصائص التشخيصية**

ويعرض فى هذا الجزء الخصائص التشخيصية المختلفة للاضطراب ، وتوضح فيه المحكات المستخدمة فى التشخيص ، كما تقدم أحيانا بعض الأمثلة التوضيحية .

**ب- الأنماط الفرعية أو المحددات**

ويقدم هذا الجزء التعريفات المستخدمة ، مع مناقشة مختصرة حول الفئات الفرعية للاضطراب وبعض محدداتها .

**جـ- إجراءات الإشارة:**

ويتعلق هذا الجزء بتوضيح الإجراءات المقننة التى يتعين استخدامها فى التقرير التشخيصى للإشارة الى الاضطراب أو الاضطرابات . ويقدم الخطوط العريضة لطريقة الإشارة الى رمز الاضطراب واسمه فى الدليل ، والرمز التشخيصى الملائم وفقا للتصنيف الدولى للأمراض لمنظمة الصحة العالمية ، كما يتضمن أيضا تعليمات الإشارة الى الأنماط الفرعية المناسبة أو المحددات .

**د- الخصائص والاضطرابات المصاحبة**

وعادة ما ينقسم هذا الجزء الى ثلاثة أقسام فرعية على الوجه الآتى :

**١) الخصائص الوصفية المصاحبة والاضطرابات العقلية**

ويشار فيه الى الخصائص الإكلينيكية التى تصاحب الاضطراب عادة ، ولكنها لاتعد جوهرية فى تحديد التشخيص ، ويعتقد فى بعض الحالات أن هذه الخصائص متضمنة بوصفها محكات تشخيصية ممكنة ، ولكنها غير حساسة بقدر كاف أو محدد لتكون بين مجموعة المحكات الأساسية ، كما يشار فى هذا الجزء الى الاضطرابات العقلية الأخرى المصاحبة للاضطراب الذى تجرى مناقشته، وهى تحدد – إذا عرفت– ما إذا كان هذه الاضطرابات تسبق أو تصاحب أو تنتج عن الاضطراب موضوع المناقشة أم لا( مثال ذلك العته المقاوم الناتج عن إدمان الكحول هو اضطراب ناتج عن إدمان مزمن على الكحول) ، وعندما يكون متاحا ، فإن هذا الجزء يتضمن أيضا المعلومات الخاصة بالعوامل المهيئة للاضطراب ، والتعقيدات التى يمكن أن توجد فيه .

**٢) النتائج المختبرية المصاحبة**

ويوفر هذا القسم معلومات حول ثلاثة أنواع من نتائج المختبرات التى يمكن أن تتعلق بالاضطراب المعروض: النوع الأول : هو النتائج المختبرية ذات العلاقة التى تسهم مباشرة فى التشخيص ، مثل رسم المخ المتعدد أثناء النوم[1] فى بعض اضطرابات النوم. النوع الثانى : النتائج المختبرية التى لاتعد محكات تشخيصية للاضطراب ، غير أن تقارير وردت علها تشير الى أنها كانت غير سوية لدى أفراد

(1) Polysomnography

ممن عانوا هذا الاضطراب مقارنة بمجموعات ضابطة ، مثال ذلك الرسم الطبقى بأشعة إكس(١) بوصفه محك صدق لبنية الفصام . النوع الثالث : هو النتائج المختبرية المتعلقة بالتعقيدات التى تحدث فى الاضطراب ، مثال ذلك عدم التوازن فى التحليل الكهربائى(٢) لدى الافراد الذين يعانون أعراض فقدان الشهية العصبى .

**٣) الفحوص الجسمية ذات الصلة**

ونتائج الفحوص الطبية العامة . ويتضمن هذا الجزء المعلومات حول الأعراض التى استخلصت أثناء الفحوص الجسمية ، والتى قد تكون ذات دلالة تشخيصية ، ولكنها غير جوهرية للتشخيص ، مثال ذلك تآكل الأسنان فى فقدان الشهية العصبى ، كما يتضمن أيضا الاضطرابات المرمزة فى محاور أخرى غير محور الاضطرابات العقلية والسلوكية فى التصنيف الدولى للأمراض ، وذات الصلة بالاضطراب الذى تجرى مناقشته . ومثلما يحدث فى الاضطرابات العقلية ذات الصلة ، تقدم هنا أيضا طبيعة العلاقة الزمنية بين هذه الأعراض والاضطراب ( أى سابقة عليه ، أو تظهر معه ، أو تنتج عنه ) ، وتحدد إذا كانت معروفة أم لا ( مثال ذلك أن التليف الكبدى(٣) ينتج عن الاعتماد على الكحول) .

**هـ- الخصائص الحضارية والعمرية والجنسية**

يقدم هذا الجزء إرشادا للأخصائيين الإكلينيكيين حول مدى التباينات التى يظهر فيها الاضطراب ، والتى قد تعزى الى المتغيرات الحضارية ، أو المرحلة الارتقائية للفرد ( الطفولة ، المراهقة، الرشد ، أو المرحلة المتأخرة من العمر ) أو الجنس ( ذكر ، أنثى ) ، كما يتضمن هذا القسم أيضا معلومات حول معدلات الانتشار الفارقة المتعلقة بالحضارة والعمر والجنس .

**و- الانتشار**

يختص هذا الجزء بتقديم المعلومات المتاحة عن احتمالات حدوث الاضطراب عبر المرحلة العمرية، واحتمالات الخطر عبر العمر . وتقدم هذه البيانات فى سياقات

(1) Computed tomography
(2) Electrolyteimblance
(3) Cirrhosis

مختلفة ( مثال ذلك فى سياق المجتمع الكلى ، فى مجال الرعاية الأولية ، أو لدى مرضى عيادات الصحة العقلية ، والمرضى المقيمين فى مستشفيات الطب النفسى ) ، وذلك عندما تتوافر مثل هذه المعلومات .

ز- مسار المرض

يصف هذا الجزء المسار الزمنى الممتد لأعراض الاضطراب وتقييمه ، كما يتضمن معلومات حول المرحلة العمرية التى يحدث فيها ، وبداية المرض ، ونوع البداية ( مثال ذلك متقطعة أو متطورة ، أو نوبات مقابل حالة مستمرة ، نوبة واحدة أم نوبات متكررة ) وفترة المرض التى يستغرقها الاضطراب عادة ونوباته وتطوره ، ووصف الاتجاه العام للاضطراب على مدى الزمن (مثال ذلك هل هو مستقر أم يتجه الى التحسن أم يسوء ) .

ح- النمط العائلى

ويقدم هذا الجزء البيانات المتعلقة بتكرار حدوث الاضطراب بين أقارب الدرجة الأولى البيولوجيين ممن لديهم هذا الاضطراب مقارنة بتكراره فى الجمهور العام ، كما يشير أيضا الى الاضطرابات الأخرى التى تميل الى الظهور بتكرار أكبر لدى أفراد العائلة ممن لديهم هذا الاضطراب .

ط- التشخيص الفارق

ويناقش هذا الجزء كيفية تمييز الاضطراب المعين عن غيره من الاضطرابات التى تتشابه معه فى بعض الخصائص (APA, 1994, pp.8-9).

كما يقدم الدليل نموذجا لتقرير التقييم ، يوضح الطريقة التى يفضل أن يقدم بها الأخصائى الإكلينيكى البيانات النهائية . ودون أن يكون الأخصائى ملتزما بنص أو بنية هذا الهيكل من العرض فى المواقف الأخرى التى قد تفرض شكلا آخر من التقارير.

# الفصل السادس
# التشخيص النفسى الإكلينيكى

# التشخيص النفسي الإكلينيكى

## مدخل للوصف الإكلينيكى

### الوصف والفحص السيكايترى

يتعين لفهم الفرق بين التشخيص النفسى الإكلينيكى والتشخيص السيكايتري أن نلقى نظره على ما يرد فى تقارير التشخيص السيكايتري لنتبين طبيعة التوجهات فى كلا المنحيين. ويختلف الوصف والفحص السيكايتري للمريض عن المنظور النفسى ، من حيث إن الأول يركز أساسا على الأعراض والعلامات الدالة على المرض أو الاضطراب ، ولايلقى كبير عناية الى الوظائف الأساسية العقلية والمعرفية التى تحظى باهتمام الأخصائى النفسى الإكلينيكى ، والذى يملك الخبرة والمهارات والأدوات اللازمة لفحصها وتقييمها ، ونعرض فيما يلى حالة لمريض من المنظور السيكايتري نوضح من خلالها كيفية تناول الطبيب النفسى وتفسيره هذه الأعراض (Spitzer et al.,1994, pp.169-171).

### حالة رجل الأعمال السيد (س)

السيد (س) رجل أعمال فى الخامسة والخمسين من العمر ، وهو متزوج ، ودخل المستشفى منذ ثمانية أشهر ، وهو يعانى الإسهال ، والتعب ، وانخفاض الوزن ،

وقد طلب العلاج فى عدة أماكن سابقة فى كل من الولايات المتحدة وأوربا . غير أن مرضه استعصى على التشخيص . وكان المطلوب الحصول على استشارة طبية نفسية- سيكاتيرية- لأن كلاً من المريض وأطبائه يعتقدون أنه يعانى اكتئاباً ، وهم حيارى حول الدور الذى يمكن أن يقوم به هذا الاكتئاب فى فقدانه للوزن، وفى حالته العامة .

وقدم السيد(س )تقريرا تفصيليا لتاريخ هجرة أسرته الى أمريكا ، عندما كان طفلا ، وتاريخا لنجاحه فى مجال الأعمال ، والصعوبات المتزايدة التى يعانيها نتيجة لفقدانه الوزن وشعوره بالتعب ، وقد فقد حوالى ٣٨ كيلو جراما خلال الثمانية شهور الأخيرة ، وهو يجبر نفسه الآن على الأكل. بينما كان الأكل فى الماضى مصدر متعة له ، وهو يعتبر نفسه ذواقة ، وبالرغم من شكوته من بعض الصعوبات المتعلقة بذاكرته وتركيزه ، إلا أنه مستمر فى أعماله على المستوى الدولى ، وفى إدارة مشروعات مالية متعددة . ويقول إنه يشعر بالحزن ، ولكنه يأمل أن يتم تشخيص حالته بسرعة . وهو يعامل نفسه بالطريقة الاستبدادية ذاتها التى اعتاد التعامل بها فى عمله ومع أسرته . وكان لديه العديد من الاهتمامات ، بما فى ذلك حياة جنسية نشطة كان يرغب فى مواصلتها بمجرد استرداده لصحته .

وقد أكدت زوجته هذا التاريخ المرضى ، وتحدثت عن تحكمه الكامل فى إدارة أعماله ، وفى تسيير كل الأمور المالية الخاصة بالأسرة . وقد وصفت كيف أدى ذلك الى صراعات مع أبنائهما ، الذين كانوا يقاومون عدم تخلى والدهم عن السيطرة ، بالرغم من أنهم يعملون فى الشركة التى تملكها أسرتهم . ومن رأيها أن زوجها مكتئب، وأن هذا الاكتئاب هو سبب كل أعراضه .. وفى إجابتها عن أسئلة حول أنشطته ، وافقت على أن تعبه يبدو بمثابة المعوق الوحيد الذى يحول دون شغفه بالأمور ، ولم تكن تستطيع الإجابة على أية أسئلة تتعلق برغباته الجنسية ، لأنها كانت قد توقفت عن ممارسة الجنس معه منذ عشر سنوات قبل تعرضه لهذا المرض ، وقد وافق هو على رغبتها ، وهى تفترض أنه يلتقى ببعض العاهرات بين الحين والآخر .

وعلى مدى الأيام القليلة التالية لدخول السيد(س ) الى المستشفى تدهورت حالته بشكل ملحوظ ، واعتقد أنه ربما أصيب بجلطة فى المخ[١] بسبب بعض التداخل فى كلامه ، والضعف الخفيف فى الجانب الأيمن من جسمه . ثم أصبح تنفسه قصيرا، وأحيل الى وحدة الرعاية المركزة .

**أهمية النسق الوصفي السيكاتري للأخصائي النفسي الإكلينيكي:**

أحيانا ما يتجنب بعض الأخصائيين النفسيين الإكلينيكيين الدليل التشخيصى والإحصائى للاضطرابات العقلية ، كما يجد البعض الآخر صعوبة فى التعامل به ، أو يجدون فى أسسه تعارضا مع بعض المناحى التشخيصية من المنطلقات النفسية النظرية. ولا تعد هذه المواقف علمية من ناحية ، كما لاتخدم أهداف الخدمة الإكلينيكية من ناحية أخرى . فهذا المنحى الوصفى الذى يتبناه الدليل التشخيصى – الرابع على وجه الخصوص- يشخص الاضطرابات المختلفة وفق خصائصها الظاهراتية فقط ، ومظاهر أى تشخيص فى الدليل تتضمن عادة تجمعا من العلامات التى يلاحظها الفاحص ، أو الأعراض التى يذكرها المريض ، ولا يتبنى الدليل نظرية تفسيرية أو يعين أسبابا مباشرة لأغلب الاضطرابات ، الأمر الذى يجعله بمثابة عرض موضوعى لا يتعارض فى حقيقة الأمر مع منحى علم النفس فى اهتمامه بما تتعرض له الوظائف النفسية المختلفة من اضطراب ، فالجانبان متكاملان ، كما لا يتعارض منحى الدليل مع أى نظرية نفسية تهتم بالأسباب ، أو قد تهتم بالديناميات . وقد أصبح الرجوع الى الدليل التشخيصى من الممارسات الشائعة الآن بين الأخصائيين الإكلينيكيين النفسيين؛ بهدف الحفاظ على اللغة المشتركة بينهم وبين العاملين فى المجال، بالإضافة الى قيامهم بعد ذلك بصياغة تشخيصهم لاضطرابات الوظائف – وهو محور الاهتمام النفسى – بطرق بديلة (Zammit,1995,p.111)، مثال ذلك أن تشخيص حالة اضطراب بينى فى الشخصية[٢]وفق المحكات التشخيصية الصارمة للدليل ، يتطلب بالإضافة الى ذلك تقديم صياغة أو تفسير إضافى للحالة له طابع نفسى ، باستخدام النموذج الديامى مثلا ، والذى يعطى

(1) Stroke
(2) Borderline Personality Disorder

اهتماما أوليا لخصائص البنية الداخلية للمريض (Kernberg,1984,pp.77-96) .

من هنا يمكن تلخيص وجه حاجة الأخصائى النفسى الإكلينيكى للدليل التشخيصى فى الآتى :

١- أنه يمكنه من التعرف على النظام التشخيصى الذى يستخدمه الأطباء النفسيون شركاءه فى الفريق الإكلينيكى ، وأن يألف هذا النظام ومفاهيمه .

٢- يوفر له الخبرة الكافية والفهم الضرورى للتقييم النقدى للدليل نفسه .

٣- يساعده فى التعرف على أوجه القصور فيه ، والاختلاف بينه وبين المنظور النفسى .

٤- يساعده على عدم إقامة تعارض - بل تكامل - فى الممارسة مع الجهود السيكايترية

٥- يساعد على اكتساب فهم للتقييم التشخيصى وقياس بقية المتغيرات الأخرى .

٦- يؤكد أن فهم أى اضطراب لايقف منفصلا عن الكثير من المتغيرات الفيزيقية والبيئية والاجتماعية ، وأنه ينعكس على الناتج العام لكل إمكانات الفرد فى صورة مجمل أدائه العام .

٧- يؤكد له أن المنظور السيكايتري لم يغفل أهمية الكثير من المتغيرات والعوامل النفسية المتعلقة بالاضطرابات المختلفة ، وأن الدليل عبر عنها فى أكثر من محور ، وأنها فى حقيقة الأمر مدخل مهم من مداخل الجهد النفسى العلاجى والتأهيلى فى مجال الاضطرابات المختلفة العقلية والشخصية ، الذهانية والعصابية .

ولا يمكن فى نهاية الأمر إغفال حقيقة أن الدليل التشخيصى الرابع كان جهدا مشتركا أسهم فيه عدد من علماء النفس - وليس علماء الطب النفسى فقط - بصورة تؤكد التلاحم والتفاعل والتكامل بين النظامين العلميين .

وتمتد اهتمامات وخدمات الأخصائى النفسى الإكلينيكى لتغطى مجالات متسعة بدءا من تدريب عميل على اكتساب مهارات اجتماعية معينة تساعده على

مواجهة تعقد مواقف التفاعل الاجتماعى التى يشارك فيها ، والتى تؤدى الى تعرضه الى الاضطراب بأى صورة من صوره ، الى التدريب على الاسترخاء ، أو التدريب على التحكم فى الأفكار والسلوك القهرى (Bass,1973) .بالإضافة الى التعامل مع الانشغالات حول بعض أنماط السلوك المغاير للأعراف السائدة والتى يختارها المريض بإرادته أسلوبا أو نمطا لحياته، أو الانشغالات المتعلقة بتفضيلاته أو هويته الجنسية (Annon,1974,Chalkely,1994) الى علاج المخاوف والقلق، واضطرابات النوم ، واضطرابات مابعد الصدمة[١] ، والآثار الناتجة عن الانتهاك الجنسى أو الاغتصاب ، الى تقييم وتنمية عدد من قدرات ووظائف المرضى الذهانيين عونا لهم على استعادة قدر من قدراتهم على التوافق الاجتماعى ، ودعما لأساليب العلاج الدوائية (Alford,1986,Cadwick and Low,1990) . ويعد كل ذلك أمثلة للعديد من المهام والوظائف التى يقوم بها الأخصائى النفسى الإكلينيكى ، والتى تتسع لتتضمن على سبيل المثال التأهيل النفسى العصبى ، والخبرة أو الشهادة فى المحكمة مما يدخل فى إطار علم النفس الشرعى[٢]، وعلاج الإدمان، والصراعات الزواجية... الى غير ذلك من الأنشطة . وتمتد خدمات الأخصائى النفسى الإكلينيكى الآن للكثير من الممارسات العلاجية، من ذلك أساليب التدخل المعرفية فى علاج الاكتئاب، والأساليب السلوكية فى علاج الوساوس القهرية والمخاوف ، بالإضافة إلى طرق علاج القلق وغيرها من الاضطرابات التى اتسع المجال فيها للتدخلات السلوكية والمعرفية الناجحة .

ويحتاج الأخصائى النفسى الإكلينيكى فى كل هذه المجالات الى البدء بتقييم سيكومترى، ويتضمن التقييم السيكومترى تقليديا الحصول على عينة من سلوك الشخص فى موقف مقنن، مع التركيز على العميل نفسه وليس على التقديرات الكمية التى نخرج بها من أدوات التقييم السيكومترى هذه باعتبارها وسيلة وليست غاية فى ذاتها فى الموقف الإكلينيكى (Hunt,1946) . وقد لايتوقف هذا التقييم ليكون نقطة البداية ، بل قد يتكرر عدة مرات أثناء العلاج مع كل تغير يحدث للمريض مصحوبا

(1) Posttraumatic stress disorder
(2) Forensic Psychology

بعوامل التدخل المختلفة ، سواء كانت هذه العوامل علاجية عمدية ، أو عوامل دخيلة أو عارضة إيجابية أو سلبية ، كما يمتد أيضا الى ما بعد انتهاء العلاج ليتحقق من خلاله الأخصائى النفسى الإكلينيكى من نتائج العلاج ، وما يكون المريض قد حققه من تحسن ، أو شفاء .

**أهداف التقييم السيكومتري**

التقييم والتفسير السيكومترى عبارة عن جهد منظم لفهم الفرد بمفاهيم الأداء الحالى والأداء السابق على ظهور المشكلة التى أدت لخضوع الفرد لهذا التقييم (Bersoff,1973) .وهو تشخيص للحالة الراهنة للفرد ، ووظائفه النفسية المختلفة، وهو يختلف فى ذلك عن التشخيص السيكايتري الذى تكون الأعراض – لا الوظائف – هى محور اهتمامه . وبينما يعرف آرثر (Arthur,1969) التشخيص بأنه تحديد المرض والعلل أو الاختلالات المسئولة عن الأعراض والعلامات والشكاوى ، أو السلوك الذى يعتقد أنه أحد سمات الصحة العليلة، وهو تعريف ينطبق بقدر أدق على التشخيص السيكايتري. فإننا نستطيع تعريف التشخيص أو التقييم النفسى الإكلينيكى بأنه تحديد للوظائف والخصائص النفسية التى تعرضت للاختلال والمصاحبة للأعراض والعلامات التى يعتقد أنها تعبر عن حالة من عدم السواء يكون عليها الفرد، والتى يمثل تحسنها وعودتها للأداء المتوقع علامة إيجابية على السواء والتوافق.

غير أن هناك سؤالاً يتكرر طرحه كثيرا حول التقييم النفسى فى الممارسة الإكلينيكية . وهو سؤال يبدو مبررا فى الظاهر وفق بعض الاعتبارات التى تعبر فى حالات كثيرة عن شك فى قيمة هذا التشخيص وضروراته، وتخلص أهم النقاط التى تثار فى هذا الشأن فى الآتى :

**التقييم السيكومتري والتقييم السيكايترى**

١– إن التقييم النفسى – السيكومترى – فى جوهره أسلوب تشخيص ، وما يوفره عبارة عن تعرف على خصائص الحالة المرضية لوضع برنامج أو خطة للعلاج. غير أن الدليل التشخيصى والإحصائى للاضطرابات العقلية الذى تصدره جمعية الطب العقلى الأمريكية يقدم جهدا متميزا فى التشخيص ومحكاته ، وهو يغطى

مجالات عديدة ، ولايقتصر على الاضطرابات العقلية الكبرى فحسب ، بل تمتد اهتماماته الى الاضطرابات العصابية والمشكلات السلوكية والتخلف العقلى ( انظر: APA,1994,DSM-IV) ، ولا يوجد أخصائى نفسى إكلينيكى لا يرجع الآن الى الدليل التشخيصى ، أو يتجاهله ، أو يهمله ، أو يهمل قيمته التشخيصية الجوهرية وكمية المعلومات التى يمكن أن تتوافر من خلاله ، وبالتالى فلا ضرورة للتقييم النفسى السيكومترى .

٢- إن أغلب المرضى يصرحون بشكاواهم للأخصائى النفسى الإكلينيكى ، فى حالات الاضطرابات العصابية على وجه الخصوص ، وحيث غالبا ما يكون المريض هو الذى يسعى باختياره للحصول على الخدمة الإكلينيكية ، وبالتالى فالأخصائى النفسى الإكلينيكى ليس فى حاجة لاستخدام أساليب التشخيص السيكومترية للتحقق مما إذا كان مريض جاءه يشكو من الوساوس يشخص بالفعل على أنه وسواسى ، فالمريض يأتى بنفسه ليشكو من وساوسه ، أو قلقه ، أو مخاوفه ، أو هلعه . فما الذى يدعو لأن نختبره لنعرف أنه قلق أو يعانى أعراضاً صرح بها بالفعل ، ما الذى يبرر أن نختبر مريضا خوافيا باختبار تشخيصى للمخاوف ، طالما جاء شاكيا من مخاوفه؟. فإذا كان التقييم النفسى الإكلينيكى يهدف إلى تشخيص المشكلة ، فإن المريض يأتى محددا بوضوح لمشكلته طالبا العلاج أو المساعدة .

٣- انخفاض صدق المقاييس . حتى إذا كانت الاختبارات والمقاييس والأدوات المختلفة المستخدمة فى التقييم السيكومترى مفيدة من حيث المبدأ ، إلا أنها من حيث الواقع - بل وبحكم المعايير السيكومترية الصارمة- تعانى جوانب قصور عديدة ، فصدقها ضعيف مقارنة بصدق أساليب القياس الفيزيائية ، وحتى دون هذه المقارنة سنجد أنها أضعف صدقا فى المواقف الإكلينيكية المعقدة ، فعندما تكون معاييرها مستخلصة من عينات إكلينيكية فستكون هذه العينات صغيرة غالبا وشديدة التباين ، كما أن اختبارات الدلالة التى يستخدمها أغلب الممارسين ملائمة لتقدير حجم معين من التغير الناتج عن تدخل عامل خارجى فى الحالات الفردية . والواقع أن نقاط

التقدير[١] لحجم التأثير[٢] وفترات الثقة[٣] حول نقاط التقدير هذه هى الأكثر قيمة فى الممارسة الإكلينيكية (Schmidt,1996)، الأمر الذى يؤدى لجعل استخدام الاختبارات والمقاييس النفسية بالأسلوب الذى تستخدم به الآن غير محقق لواحد من أهم أهدافه .

٤- ثبات المقاييس متوسط ومتباين . لايقتصر الأمر على الصدق فقط ، بل إن معاملات ثبات المقاييس متوسطة بصفة عامة ومتباينة فى أحوال كثيرة ، كما أن التباينات بين الأفراد فى المجموعات المرضية المختلفة متسعة بقدر واضح مقارنة بما هى عليه الحال لدى الأسوياء؛ نتيجة لأنها تعكس التباينات المرضية وما تتضمنه من شذوذ ، وبالتالى فإن استخدام الخطأ المعيارى للوصول الى المدى الحقيقى لأداء أحد المرضى فى ضوء ثبات وانحراف معيارى لاختبار مأخوذين من عينات مرضية لن يكون مؤشرا دقيقا يمكن الاعتماد عليه .

٥- تضارب نتائج المقاييس وعدم اتساقها . من الملاحظ أن استخدام أكثر من مقياس لقياس وتقييم وظيفة ما يؤدى الى الحصول على نتائج غير متسقة ، إن لم تكن متضاربة، بالإضافة الى الاحتمالات الواردة الناتجة عن ضعف الارتباط بين هذه المقاييس لقيامها على مفاهيم مختلفة بين باحث وآخر ، وخصائص سيكومترية متباينة ، وأسس نظرية متنوعة ، ويؤدى كل ذلك الى إرباك الفاحص إزاء هذه النتائج المختلفة ، كما يؤدى الى العجز عن الحسم فى القرارات المعتمدة على التقييم السيكومترى ، ويحدث ذلك بقدر أكبر فى الحالات المعقدة التى يعانى أصحابها تعدد العوامل المرضية فى الوقت الواحد .

### إيجابيات التقييم السيكومترى

تغفل كل هذه النقاط السلبية الجوانب الإيجابية المهمة ، بل والجوهرية، فى التقييم السيكومترى فى المواقف الإكلينيكية ، والتى يمكن أن نتبينها ونراجعها فى السياق نفسه الذى عرضنا فيه وجهة النظر المخالفة والمعارضة للتقييم السيكومترى .

---
(1) Point estimates
(2) Effect size
(3) Confidence intervals

### ١-تشخيص الأعراض وتشخيص الوظائف

لتشخيص أى اضطراب جانبان مهمان ، الجانب الأول هو ضرورة التعرف على الأعراض والعلامات التى تشير الى وجود اضطراب معين. وهو مايوفره الدليل التشخيصى والإحصائى للاضطرابات العقلية ، وحيث يقدم وصفا ملائما ووافيا لهذه الأعراض والعلامات ، كما يقدم محكات التشخيص بقدر كبير من الدقة. أما الجانب الثانى فهو الوظائف[١]، أى الوظائف العقلية المختلفة وسمات الشخصية والتى تتأثر تأثرا مباشرا بالاضطراب ، أو تكون هى ذاتها المضطربة ، ولا يتعرض الدليل التشخيصى والإحصائى لهذا الجانب ، ويخرج عن إطاره. أما الاهتمام النفسى فيتجه بشكل مباشر الى الوظائف فى محاولة للتحقق من مساهمتها فى تشكيل الصورة المرضية ، ومدى كفاءة المريض وتوافقه وتفاعلاته مع مجتمعه ، وعلينا أن نفترض – على سبيل المثال – مريضا فصاميا لديه هلاوس سمعية وبصرية ، وهذاءات تتعلق بعدم واقعية وجوده . فإذا كانت العمليات الإدراكية الأخرى لهذا المريض ، وقدراته المعرفية من استدلال وفهم وتذكر وتقييم لم تتأثر على الإطلاق بأعراضه الفصامية ، وكذلك سلوكه فى التعامل مع الآخرين ، ومع بيئته ، وظل على تفاعله الاجتماعى السوى وتكامل شخصيته – وكل هذه افتراضات لامكان لها فى الواقع – فلا يمكن اعتبار مثل هذا الشخص مريضا بأى حال ، ولن تكون هلاوسه وهذاءاته أكثر من نمط لحياته يتعايش معه بسلام .

إن الوظائف العقلية وأساليب التوافق وأنماط التفاعل تعد من أكثر محددات الصحة العقلية دقة وجوهرية ، وبهذا يصبح من الضرورى تشخيص وتقييم وظائف المريض المختلفة، والتدخل النفسى ما هو إلا تعامل مع هذه الوظائف بالنسبة الى المريض ، ونجاح مثل هذا التدخل لايعد فقط مؤشرا مآليا[٢] ناجحا وجيدا ، بل يعد دليلا على استعادة المريض لتماسكه وسوائه .

---

(1) Functions
(2) Prognostic

### ٢- تحديد المشكلة وأبعادها وشدتها وتقييم التحسن أو الشفاء

رغم أن أغلب العملاء يتقدمون بشكاوى صريحة من الاضطرابات التى يعانونها ، وبما يوحى بعدم الحاجة الى التقييم السيكومترى، الا أن الأمر عكس ذلك تماما. فإذا طرحنا جانبا مشكلة أن بعض المرضى يعانون أحيانا توهماً للمرض، وأن البعض الآخر لايعرف على وجه التحديد ما مشكلته . فسنجد أمامنا موقفا يتطلب تقييما سيكومتريا أساسيا لعدة أسباب :

أ) نحن فى حاجة أولا للحصول على تقدير كمى دقيق لشدة الاضطراب أو المشكلة؛ حتى يمكن وضع الخطة العلاجية فى ضوء هذه الشدة .

ب) يمكن تحديد شدة الاضطراب أو المشكلة من وضع الفروض حول احتمالات وجود اضطرابات أخرى مصاحبة ، أو أساسية ، لايعرف المريض قيمتها ولا يشكو منها بشكل مباشر . بينما قد يؤدى الكشف عنها من خلال الفحص السيكومترى الى إعطائها الأولوية فى العلاج ، وبما يساعد على إزالة الشكوى الأصلية، أو نجاح علاج المشكلة التى كانت موضوع الشكوى .

جـ) رغم أن الأخصائى الإكلينيكى المعالج يتعامل مع مشكلة جزئية محددة، إلا أنه لايستطيع تجاهل أهمية التوافق العام للمريض، وهو الأمر الذى يجعله فى حاجة الى وضع خريطة (أو برفيل نفسى) يتعرف من خلالها على حالة الوظائف والخصائص المختلفة ، أو يحصل - بمعنى آخر - من خلالها على صورة كلية لحجم معاناة المريض ، وتأثير هذه المعاناة على توافقه وسلوكه.

د) يتطلب تقييم فعالية العلاج عدم الاعتماد على الانطباعات أو التقديرات الشخصية سواء للمعالج أو المريض، إذ تتدخل فى مثل هذه التقارير الذاتية عوامل متعددة يمكن أن تؤدى الى عدم ملاحظة مشكلات خافية ، أو تفاؤل من المريض فى تقدير مدى تحسنه، أو انطباع من المعالج استوحاه من سلوك جزئى فى موقف ظرفى معين ، بينما السلوك المرضى مازال مستقرا . ويتطلب كل ذلك توافر وسائل مضبوطة ومقننة لتقييم التحسن أو الشفاء . وهذه الوسائل المقننة والمضبوطة هى إعادة اختبار

المريض وتقييمه سيكومتريا ، مرة أو مرات باستخدام الأدوات نفسها ، وعقد المقارنات بين أدائه قبل بداية العلاج ، وفى نهايته ، وربما يتطلب الأمر إجراء مثل هذا التقييم مرات متعددةخلال فترة العلاج لملاحظة التقدم ومعدلاته .

هـ) تطوير معدلات قاعدية . يحتاج الأخصائى الإكلينيكى باستمرار الى تطوير معدلات قاعدية[1]؛ تتمثل فى تجميع وتصنيف التقديرات التى يحصل عليها من الحالات التى يفحصها وإجراء التحليلات الأساسية على المقاييس والأدوات المختلفة ، وعلى فئات المرضى المختلفين لتساعده على حسن التشخيص والخروج بالدلالات الصحيحة ، وفهم خصائص الاضطرابات والزملات المرضية المختلفة ، ويتوافر كل ذلك من خلال التقييم النفسى الإكلينيكى واستخدام الاختبارات والمقاييس المختلفة ، وهو ما يؤدى من جانب آخر الى تحسين إمكانات وكفاءة هذه الأدوات وتطورها .

و) تطوير التخصص وإثراؤه. الأخصائى النفسى الإكلينيكى ممارس وعالم فى الوقت ذاته ، ويتقدم علم النفس الإكلينيكى ويتطور من خلال نتائج الوظيفتين، والفروض التى يصل اليها الأخصائى النفسى الإكلينيكى العالم من ممارساته، والمشكلات التى يلتقيها خلال هذه الممارسة ، وتطبيقاته للأساليب العلاجية المختلفة، وتقييم نجاحها ..هى الأساس أو الفروض التى ينطلق منها البحث العلمى للوصول إلى حقائق جديدة . ويتطلب منه كل ذلك الاعتماد على وسائل قياس توفر ضبطا منهجيا وتعاملا كميا مع الظاهرة التى يقوم بدراستها ، بما يؤدى الى تطور التخصص فى ضوء حقيقة أن القياس ماهو إلا تعيين كمى للخصائص وفق قواعد معينة (Campbell,1928,p.195) . وهذا التعيين الكمى لخصائص الأشياء هو القياس بإجراءاته المختلفة .

## ٣-الصدق والقياس غير المباشر

بينما يمكن الاعتراف بأن صدق المقاييس النفسية ليس مرتفعا بالدرجة الكافية التى تسمح بتقرير حاسم لحقائق مؤكدة من نتائجها ، إلا أنه يجب تذكر أن الظاهرة

(1) Base Rates

النفسية – سواء كانت وظيفة معرفية أو خاصية وجدانية – لا تقاس بشكل مباشر كما يقاس وزن معدن، أو كمية سائل ، أو طول مسافة ، وهى القياسات الفيزيائية التى تتسم بدرجة صدق دقيقة . أما الخصائص النفسية أو أغلب هذه الخصائص فتقاس بطرق غير مباشرة من خلال دلائل أو شواهد تشير اليها ، فهى عبارة عن أبنية فرضية استدلالية(١) ، تقاس قياسا غير مباشر ، ويتم الربط بين دلائل معينة تقع تحت الملاحظة ويتم تكميمها ، وبين هذه الأبنية والمفاهيم أو الوظائف النفسية التى تقف خلفها . وهذا هو جوهر مفهوم الصدق فى المقاييس النفسية ، فنحن مثلا لانقيس الذكاء مباشرة ، ولكننا نقيس الطرق التى يحل بها المفحوص مسائل حسابية معينة ومتنوعة ، وبسرعة محددة ، ونقيس مقدار ما يعرفه من عينة مقننة من المعلومات العامة ، وكيف يتصرف ويسلك فى مواقف معينة بصورة تتفق مع الأعراف السائدة والمتوقع من الشخص العادى فى مواقف محددة ، وكيف يكتشف العلاقات بين أشياء مختلفة ، الى غير ذلك من المهام التى نستدل منها على ذكائه . وقد تقترب استدلالاتنا أو تبتعد قليلا عن الواقع ، ولكنها فى النهاية تشير الى ما نريد قياسه . والأمر نفسه فى سمات الشخصية . معنى ذلك أن المشكلة ليست فى المقاييس وأدوات القياس، بل فى الخصائص التى نقيسها ، وتواريها عن مجال الملاحظة المباشرة بما يتطلب مهارة فى استراتيجية الكشف عنها ، ويحمل التقدم العلمى فى كل يوم دلائل على خطوات اقتراب أوسع وأسرع نحو الصحة والدقة ، وبما يؤكد أن العلم فى حقيقته تقريب متتال(٢) نحو الحقيقة .

فإذا انتقلنا الى الفنيات المتعلقة بصدق القياس ، واستخدام نقاط التقدير لحجم التأثير بديلا عن مستويات الدلالة ، فعلينا أن نلاحظ أن مثل هذا التعديل المنهجى فى منظورنا لنتائج القياس ماهو إلا محصلة للجهود البحثية النفسية ، والإسهامات الإحصائية فيها، وبالتالى لا يمثل استخدامنا للمقاييس بالصورة الراهنة قصورا فى الاستدلال بقدر ما يمثل بطئا موقوتا عند مرحلة من مراحل التقدم العلمى فى مجالات

(1) Hypothetic-deductive constructs
(2) Successive approximation

التطبيق والقياس الإكلينيكى، ويتزايد كل يوم استخدام التطورات الجديدة بما يعنى – مرة أخرى– أن العلم تقريب متتال نحو الصحة .

**٤ - الثبات واللغة وأحادية البعد**

يمكن النظر الى مشكلة الثبات من المنظور نفسه، الذى نظرنا به من قبل الى مشكلة الصدق . غير أن الأمر يتطلب – لكى نكون أكثر تحديدا – التطرق لمشكلة جوهرية فى الثبات تسهم بشكل مباشر فى خفضه بصفة عامة ، وهى مشكلة أحادية البعد[1] ، والتى توجد لا على مستوى الاختبار فقط ، بل وعلى مستوى البند الواحد. ويقصد بمشكلة أحادية البعد بالنسبة للبند: أنه بينما يصمم البند بافتراض أنه يقيس بعدا واحدا فقط ، أو خاصية واحدة ، إلا أنه يقيس فى الواقع أكثر من بعد فى أغلب الأحيان ، وقد نلحظ ذلك منذ البداية ولانستطيع معالجة الأمر ، أو قد نكتشف الأمر مؤخرا عندما نجرى تحليلات ذات طبيعة معينة لبنود الاختبارات كالتحليل العاملى مثلا . وتعود مشكلة أحادية البعد أو تعدد الأبعاد أساسا الى تعقد استخدامنا للغة ومفرداتها، فالكلمة الواحدة قد تتعدد معانيها بتعدد السياقات التى تظهر فيها ، والكلمة الواحدة محملة بمعان متعددة بين الأشخاص المختلفين، وحتى الكلمة أحادية المعنى قد يكون للمعنى الخاص بها درجات مختلفة لدى الأفراد المختلفين . ولنتناول على سبيل المثال كلمة مثل (مولاى) فهى تعنى (سيدى)، أو تعنى (مليكى)، أو تعنى (إلهى) ، أو تعنى (عبدا أملكه) . وكلمة (دوار) قد تعنى أننى أشعر بدوار يفقدنى توازنى الجسمى، أو أننى أشعر بدوار نفسى يجعلنى حائرا إزاء مشكلة ، الى غير ذلك من الأمثلة الكثيرة . المشكلة الحقيقية إذن هى أننا نتعامل بالكلمات فى أغلب أساليب القياس والكلمات تحتمل الكثير من المعانى ، ويستجيب المفحوص للمعنى المعين للكلمة لديه ، ويستجيب فرد آخر لمعنى مختلف للكلمة نفسها ، بل قد يستجيب الفرد الواحد لمعنيين مختلفين للكلمة الواحدة فى سياقين مختلفين، وهنا يتأثر ثبات المقاييس . غير أنه يضاف الى كل ذلك حقيقة أننا نعرف حدود الخطأ فى المقاييس من خلال معاملات الثبات التى نقوم بتقديرها بوسائل مناسبة ، ونضع هذه الحدود

(1) Univocality

فى صياغاتنا لنتائجنا وبما يجنبنا بناء حقائق زائفة .

**٥- المقاييس وثراء المفاهيم والنظريات**

عندما يقوم الأخصائى الإكلينيكى باستخدام أكثر من مقياس للوظيفة الواحدة ، فإنه يضع فى اعتباره أن النتائج قد تكون غير متطابقة ، أحيانا وليس دائما ، وأن عدم التطابق هذا يعد - بالنسبة للأخصائى الإكلينيكى الماهر- مصدرا جيدا للخصوبة، فهو لايستخدم اختباراته المختلفة بتتابع آلى ، الاختبار تلو الآخر أو لمجرد الإكثار من أدواته ، أو لتأكيد أو نفى نتيجة مباشرة خرج بها ، إنه يعرف أن كل مقياس يقوم على أسس مختلفة، وأن بنود كل مقياس تتجه الى الكشف عن جانب لاتوفره بنود مقياس آخر ، إن متابعته للدراسات المختلفة ، ومشاركته فى القيام بمثل هذه الدراسات حول الطبيعة العاملية لمثل هذه المقاييس، تجعله يدرك أن استخدامه لأكثر من مقياس إنما يهدف الى الحصول على معلومات متكاملة عن المريض ، ومعرفة لماذا يشخص المريض على اختبار ما تشخيصا إيجابيا ، بينما يكون تشخيصه سلبيا على اختبار آخر يفترض أنه يقيس الوظيفة نفسها ، ولكن بمفهوم مختلف أو بمكونات أخرى . ويؤدى فحص مثل هذه الفروق وفهم خصائصها الى إثراء فهمنا للظواهر التى نقوم بتقديرها وتشخيصها .

**المقاييس الإكلينيكية**

يلاحظ الدارس أن هناك تنوعا شديدا فى المقاييس والاختبارات التى تستخدم لأغراض مختلفة، فهناك مقاييس الذكاء، ومقاييس الوظائف المعرفية الأخرى، ومقاييس الشخصية والاتجاهات والميول ، الى غير ذلك . كما يلاحظ أيضا أن بعض هذه المقاييس نشأت وتطورت فى إطار تخصصات نفسية فرعية معينة ، سواء لقياس ظواهر محددة أو لاختبار فروض معينة أو لتقييم جوانب سلوكية ذات صلة بالخدمات النفسية فى أوسع معانيها . والسؤال المهم الذى يتعين الحصول على إجابة واضحة له هنا هو : ما المقاييس الإكلينيكية والمقاييس غير الإكلينيكية ؟ بتعبير آخر ما تعريف المقياس الإكلينيكى ؟

الإجابة على هذا السؤال هى أن كل المقاييس ذات قيمة إكلينيكية . فطالما أن

أى وظيفة تتوافر لها مقاييس يمكن أن تتعرض للاختلال والاضطراب ، أو يتطلب الأمر تقييمها فى بعض المواقف ، تصبح مقاييسها ذات قيمة إكلينيكية ، فتقييم الذكاء على سبيل المثال مؤشر جيد للأداء العقلى ، وهو الأداء الذى نحسم من خلاله فى قضايا مثل التخلف العقلى ، كما يعد بالمثل مؤشرا مهما يحسم فيما إذا كان الفرد قد تعرض نتيجة لمؤثرات أو عوامل معينة لتدهور عقلى أم لا ، كما يتوفر من خلال الكثير من اختبارات الذكاء ( وكسلر للراشدين ، أو الصورة الرابعة أو الخامسة من ستانفورد - بينيه مثلا ) قياسا تفصيليا لعدد من القدرات والوظائف كالذاكرة ، والتنظيم الإدراكى والانتباه والقدرة على التعامل بالرموز والتجريد ، الى غير ذلك من القدرات التى يتشكل منها الذكاء . وتكسب هذه الإمكانات اختبارات الذكاء دلالات إكلينيكية مهمة، وتوفر مقاييس الشخصية بالمثل تقييما للخصائص الانفعالية للفرد كالعدوانية أو القهرية أو العصابية بصفة عامة ، ولأن مثل هذه الخصائص تعبر عن أشكال وأنماط من الاضطرابات تتضح عندما تكون الدرجة على مقاييسها متطرفة فإنها تعد بالمثل مقاييس إكلينيكية .

وما ينطبق على مقاييس الذكاء والشخصية ينطبق على الأدوات الأخرى طالما تستخدم فى تقييم وتقدير أداء يعبر عن سلوك الفرد أو وظائفه النفسية . ومع ذلك يمكن ملاحظة أن أهداف استخدام الاختبارات هى التى تحدد كون المقياس إكلينيكيا أم لا . وحيث يمكن ملاحظة وجود هدفين للاختبار: هدف وصفى وهدف تشخيصى، وذلك على الوجه الآتى :

**١-الهدف الوصفى**[١] .

التوجه الأساسى فى استخدام الاختبارات- عندما يكون الهدف الوصفى هو محور الممارسة - هو تقديم توصيف لأداء الفرد، والتغيرات التى تحدث فى هذا الأداء، وقد يكون هذا الفرد سويا ، وفى غير حاجة لأى نوع من أنواع التدخل. ورغم أن هذه الجوانب الوصفية قد تكون ذات فائدة كبيرة فى التشخيص ، إلا أنها فى ذاتها ليست تشخيصا ، ولا تهدف أساسا الى التشخيص ، فعندما نستخدم اختبارا للتعلم ،

(1) Descriptive

ويحصل الفرد فيه على درجة منخفضة ، فإن تفسير هذه الدرجة فى إطار الهدف الوصفى سيتجه الى محاولة التعرف على الأسباب المحتملة لأدائه المنخفض ، وليس الى تقرير تشخيصى يحتمل أن يعكس واحدا فقط من التفسيرات المتعددة للأداء الضعيف على الاختبار (Woods,1994).

٢- الهدف التشخيصي[1]

يتوخى الهدف التشخيصى التمييز بين الأفراد المختلفين من حيث الخصائص المعينة التى تتطلب نوعا من التدخل بصورة أو بأخرى . ولهذا يكون من الضرورى أن تتوفر للاختبار التشخيصى نقاط حدية[2] مميزة تساعد على دقة التشخيص أو التصنيف ، وذلك من خلال الإجراءات الأساسية لتقنين هذه الاختبارات. غير أن هناك مشكلة مهمة تعانيها أغلب الاختبارات التشخيصية ، وتؤدى الى إضعافها ، وهى أنها عادة ما تقنن على مجموعات مرضية متطرفة بقصد التوصل الى أعلى درجات التمييز ، فى الوقت الذى تكون فيه الحالات الواقعية التى تعرض للتشخيص إما غير متطرفة، أو أن الاضطراب فيها متداخل مع غيره من الاضطرابات الأخرى، وهو الأمر الذى يؤدى الى قدر من الالتباس الذى يظهر فى الحالات الحدية والمتداخلة (op.cit.,). ومع ذلك فإن بعض المقاييس والاختبارات تكتسب أهمية خاصة فى الموقف الإكلينيكى بحيث يتشكل من بعضها أحيانا ما يطلق عليه اسم البطارية الروتينية[3] التى تستخدم فى الممارسة الإكلينيكية اليومية باعتبارها مصدرا أوليا ومباشرا للمعلومات التشخيصية ، والتى يمكن للنتائج المستخلصة منها أن توحى للأخصائى الإكلينيكى بالخطوة التالية فى تقييم المريض وعلاجه .

ومن الضرورى أن يتابع الأخصائى النفسى الإكلينيكى صدور أهم المقاييس الجديدة ، أو التطورات فى المقاييس القائمة ، والتى تساعده فى الإجابة على الأسئلة التشخيصية ، وتتطور المقاييس باستمرار ويحل بعضها بديلا عن الآخر نتيجة لظهور مقاييس أفضل ، أو نتيجة لتطور فنيات القياس أو نتيجة لظهور مفاهيم جديدة . وإلى

(1) Diagnostic
(2) Cutoff points
(3) Routine Battery

ماقبل نصف قرن مضى وخلال فترة مبكرة فى العمل الإكلينيكى كانت أكثر المقاييس استخداما هى الآتى وبالترتيب نفسه للأهمية (Sundberg and Taylor, 1962,p.135) .

اختبار رورشاخ لبقع الحبر .

- رسم الشخص .
- تفهم الموضوع .
- بندر جشطالت .
- ستانفورد – بينيه .
- وكسلر للراشدين .
- مينسوتا متعدد الأوجه للشخصية .
- وكسلر بلفيو.
- رسم الرجل لجودانف .
- وكسلر للأطفال .
- كودر للتفضيلات .
- المنزل– الشخص – الشجرة .
- جولدشتين –شيرر للتفكير التجريدى والعيانى .

وكما هو واضح فهذه القائمة من المقاييس متعددة الأغراض والأهداف ، وتعتمد على أسس نظرية مختلفة ، وهى تشترك فى كونها أدوات تشخيصية مناسبة . غير أنه يتعين الإشارة الى أن شيوع استخدام اختبار ما يجب أن لايؤخذ فى ذاته على أنه علامة على ارتفاع صدقه أو فعاليته ، أو على أنه ناتج عن توصية خبراء القياس به ، فالواقع أن هناك الكثير من العوامل التى تؤثر فى شيوع وشهرة اختبار ما، من ذلك سهولة تطبيقه وتصحيحه ، والاتجاهات القائمة فى تدريب الأخصائيين النفسيين، وترويج الناشرين للاختبارات (op.cite.,136) .

كما يتعين على الأخصائى الإكلينيكى التمييز بين أساليب القياس التقليدية وأساليب القياس التشخيصية ، ذلك أن الاختلاف بين الاثنين كبير، ويمكن تلخيصه فى عدد من النقاط، وحيث يمتد الفرق بينهما إلى كل من مجال النظرية و الأهداف معا، والفروق فى التركيز على أيهما . فمنحى القياس التقليدى يركز إما على نظرية السمات أو على العوامل المسئولة عن الصراع بين القوى المختلفة ، بينما يركز المنحى السلوكى على السلوك ، الذى يحدث أساسا فى الوقت الراهن ، وبينما هدف القياس والتقييم التقليدى هو تقديم معلومات للمهنيين الآخرين الذين يقومون بالعلاج ، فإن السلوكيين يقومون بالقياس والتقييم بوصفه جزءاً متكاملاً من العملية العلاجية التى يقوم بها المعالج بنفسه. ويؤكد القياس التقليدى على أداء الشخصية الكلية دون اعتبار للعوامل الموقفية ، بينما محور اهتمام التقييم السلوكى هو الأداء الحالى فى موقف معين ، يضاف إلى ذلك أن التقييم التقليدى يربط نتائجه بمفاهيم نظرية معينة ليستفيد بها المهنيون الآخرون الذين قد يستخدمون نتائج القياس فى تفاعلهم مع المرضى ، بينما الاحتمال الأقل أن يقوم المعالج السلوكى بكتابة تقرير رسمى حول النتائج مفضلا توجيه وتطبيق العمليات العلاجية من خلال تدخل وتواصل لفظى مباشر مع الآخرين (VanReken,1981,p.133).

**الاتجاه نحو التعامل مع المقاييس النفسية**

إحدى المشكلات المهمة فى استخدام المقاييس النفسية – فى المواقف الإكلينيكية على وجه الخصوص – هى اتجاهات المفحوص نحوها ، وهى اتجاهات مصدرها الأفكار المسبقة حول الاختبارات وأهدافها ، ودرجة السرية فيها ، واحتمالات سوء استخدام المعلومات التى تتوافر من خلالها . كما قد يكون مصدرها خصائص فى شخصية المفحوص نفسه، أو نمط تعامله مع المقاييس . فالمريض الشكاك قد يخشى من استخدام إجاباته على الاختبار ضده ، وهو ماقد نجده لدى مرضى برانويديين ، وفى مثل هذه الحالات قد يتعامل المريض مع الاختبار بطريقة تختلف عن الطريقة التى يتناول بها الاختبار شخص آخر يتسم بالاجتماعية مثلا ، والمريض السيكوباتى المهمل قد لايقرأ البنود ، وهو ما يتطلب من الفاحص أن يلاحظ بدقة طريقة تناول

المفحوص للاختبار ، وستساعده هذه الملاحظة على الحصول على المعلومات من مصدر آخر يسهم فى جودة ودقة التشخيص ، حيث يعكس سلوك المريض مع المقياس جزءا من سلوكه العام وخصائص هذا السلوك. ومن الأمور المألوفة فى موقف الاختبار الإكلينيكى، حرص الفاحص – أثناء إجابة المفحوص على اختبار للقدرة العقلية العامة ( وكسلر ، أو ستانفورد –بينيه مثلا ) –على الحصول على ملاحظات متأنية حول سلوك المفحوص ، والانتباه لأية مؤشرات مهمة قد تكون ذات دلالة فى سلوكه . وقد تكون إحدى مزايا اختبارات الورقة والقلم فى التقييم الإكلينيكى هى توفيرها الفرصة للفاحص للانتباه والتحفز لكل بادرة تصدر عن المفحوص معبرة عن اتجاهاته نحو الاختبار ، أو نحو بنود معينة فيه، أو نحو طريقة الإجابة عليه. وهناك الكثير من الدلائل التى خرجت بها بحوث مختلفة ( انظر :Masling,1960) تبين وجود أنواع من التأثيرات التى تتدخل فى الدرجة على الاختبار، من ذلك :

١– التأثيرات التى ترجع الى طريقة التطبيق ، مثال ذلك إعطاء التعليمات لأفراد العينة التجريبية بهدف أن يسعوا لإعطاء انطباع جيد أو سيىء من استجاباتهم ، أو التأكيد على خصائص معينة فى المنبهات التى يتضمنها الاختبار .

٢– التأثيرات التى ترجع الى موقف الاختبار ، مثال ذلك الضغوط الناتجة عن نقص النوم ، أو العزلة الاجتماعية ، أو تأثيرات العقاقير ، أو التنويم أو التدريب الخاص، أو الخبرة المعينة ، وتتوافر أغلب هذه العوامل لدى المرضى عند تقييمهم، ويتعين وضعها فى الاعتبار والإشارة اليها فى التقرير الإكلينيكى .

٣– التأثيرات التى ترجع الى الفاحص سواء كانت عارضة أو مقصودة ، مثل هيئته البدنية، أو رقته أو خشونته فى التعامل مع المريض، أو أنواع السلوك اللفظى الذى يستخدمه فى حديثه .

٤– التأثيرات التى ترجع الى المفحوص نفسه مثل افتقاده لروح الود ، أو عدوانيته ، أو اكتئابه ، أو لامبالاته . وهى عوامل تلعب دورا واضحا فى الطريقة التى يواجه بها الدلالات الاجتماعية الحضارية لموقف الاختبار .

**مصادر تشويه الاستجابة**

يضاف الى كل ذلك نوع مهم من التشويهات التى تحدث فى الاستجابة على الاختبارات نتيجة لنمط سلوكى معين قد يستجيب به بعض المفحوصين لبنود المقاييس، فقد تتسم استجابة أحد المفحوصين بخاصية أو أكثر من هذه الخصائص ، وبما يؤدى لنقص الثقة فى صدق الاستجابة أو فسادها تماما . وفيما يلى مصادر هذه التشويهات التى توجد بكثرة فى المواقف الإكلينيكية على وجه الخصوص ، وحيث يلاحظ أن بعض أنماط الاستجابة(١) تتعلق أحيانا بشكل المنبهات :

**١- الخطأ المألوف للتوجه المركزي(٢)**

وهو أحد أمثلة التشويهات الشائعة فى الاستجابة . ويقصد به أن المفحوص يختار دائما الاستجابة التى تقع فى الوسط فى الاختبارات متعددة الاختيارات والمعبرة عن الاعتدال ، عندما لايكون على يقين من الإجابة الصحيحة ، أو عندما يتشكك فى دلالة الاستجابات الطرفية .

**٢- خطأ التخمين(٣)**

وهو نمط آخر متكرر، وحيث يلجأ المفحوص الى الإجابة حسب أفضل تخمين يصل اليه على السؤال ، ويترتب على ذلك – وفق نظرية الاحتمالات – أن يصل الى عدد من الإجابات الصحيحة ( فى اختبارات القوة) يزيد على إجابات من يتركون البنود التى لايثقون فى معرفة إجاباتها الصحيحة بلا إجابة . وبحيث تتساوى احتمالات الإجابات الخاطئة التى تم تخمينها مع الاستجابات الصحيحة التى خمنها .

**٣- المرغوبية الاجتماعية(٤)**

ويقصد بها ميل الفرد الى اختيار الإجابة التى يعتقد أن الآخرين سيختارونها، أو اختيار الإجابات التى يرى أنها تتفق مع الأعراف الاجتماعية ، وذلك بهدف عدم الاختلاف عن بقية الناس .

---

(1) Response styles
(2) Error of central tendency
(3) Guessing
(4) Social desirability

**٤-الاستجابة الدفاعية[١]**

وهى نوع من الاستجابات يتجه فيه المفحوص الى إنكار أى شكل من أشكال الضعف ، أو المرض ، أو عدم السواء ، وبحيث يظهر فى صورة سوية مقبولة .

**٥-استجابة الإنكشاف[٢]**

وهى استجابة تناقض الاستجابة الدفاعية ، ويميل فيها الشخص لأن ينسب الى نفسه كل أشكال الضعف ، أو المرض والسوء ، وهى خاصية تسم استجابات الاكتئابيين فى أحيان كثيرة .

**٦-استجابة التقبل[٣]**

ويختار المفحوص فى هذا النوع من الاستجابات ، الاستجابة ب (نعم) على كل بنود المقياس ، دون اعتبار لما يصدق عليه وما لايصدق ، وهى نوع من نمط الاستجابة[٤] .

**٧-استجابة الاختلاف[٥]**

ويميل المفحوص الذى تتسم استجاباته بهذا النمط الى اختيار الاستجابة وفق اعتقادة حول مخالفتها لاستجابة الآخرين ، أو أن يلتزم اتجاها متطرفا فى الإجابة على كل البنود دون اعتبار لمضمونها ، أو صدق تعبيرها عنه .

وتشكل كل هذه الأنماط ما يطلق عليه اسم مصادر الخطأ[٦] وحيث يكون تأثيرها بالغا فى صدق إجابة المفحوص . ويصبح من الضرورى أن يتنبه لها الأخصائى الإكلينيكى فى الممارسة من خلال الملاحظة الدقيقة لنمط المفحوص فى الاستجابة ، كما يصبح من الضرورى بالمثل عدم الاعتماد على نتائج أدوات إكلينيكية تأثرت بصورة واضحة بمثل هذه التشوهات.

---

(1) Defensiveness
(2) Self- disclosure
(3) Acquiescence
(4) Response style
(5) Deviation
(6) Source of errors

**الأسئلة الإكلينيكية**

يقوم الأخصائى النفسى الإكلينيكى أثناء التشخيص بوضع الفروض التى تفسر مشكلة المريض ، والبدائل المناسبة لهذه الفروض ، ويعمل من خلال معلوماته وأدواته وخبراته على الإجابة على الأسئلة المختلفة لكى يتحقق من الفروض التى وضعها ، وسواء أكان الأخصائى النفسى الإكلينيكى يعمل من خلال فريق ( فى مستشفى مثلا) أو مؤسسة (يتوافر فيها طبيب نفسى وأخصائى اجتماعى ) أو ممارسا مستقلا ، فإنه غالبا ما يبدأ عمله – التشخيص– من خلال إحالات من هيئات أو مؤسسات ، أو مدارس ، أو من أخصائيين آخرين فى تخصصات قريبة .

ومن بين أهم الأسئلة التى توجه الى الأخصائى النفسى الإكلينيكى فى مجال التشخيص،والتى تتطلب إجابة من خلال المقاييس والاختبارات، الأسئلة الآتية :

١– السيد (س ) يعانى فقدان الذاكرة ، وعدم وضوح التفكير . فهل يرجع ذلك الى أعراض هستيرية ، أم الى تلف فى المخ ؟ ويتطلب مثل هذا السؤال من الأخصائى الإكلينيكى التقدم للإجابة عليه فى اتجاهين :

**أ) الاتجاه الاول :**

هو التحقق من احتمالات وجود تلف فى المخ ، وذلك من خلال المقاييس التى يستدل من بعض أنماط الإجابة عليها على وجود مثل هذا التلف ، كمقاييس نسخ النماذج الهندسية واستعادتها وتذكرها ، مثل مقياس بندر جشطالت [١] (Reichenberg & Raphael,1992; Berg,1997; Bender,1938) أو اختبار بنتون للاستدعاء البصرى[٢] . وقد يصل الأمر هنا الى محاولة تحديد طبيعة الإصابة المخية، إذا وجدت، باستخدام بطارية هالستيد–ريتان[٣] (Horton,1997) .

**ب) الاتجاه الثاني :**

هو الكشف عن خصائص الشخصية الهستيرية ونمطها العام وماتتسم به من سمات أخرى بالإضافة الى خاصية فقدان الذاكرة؛ ليتأكد الفاحص من وجود بعض

(1) Bender Visual Motor Gestalt Test
(2) Benton Visual Retention Test (BVRT )
(3) The Halsteed-Reitan Neuropsychological Test Battery

هذه الخصائص مصاحبة للعرض الذى أثار الفرض الخاص باحتمال الهستيريا ، وذلك باستخدام مقياس الهستيريا[١] مثلا من بطارية مينسوتا متعددة الأوجه للشخصية MMPI -II، وحيث يمكن التعرف منه على خمس خصائص أساسية فى الشخصية الهستيرية ، مثل إنكار القلق الاجتماعى[٢]، والحاجة الى المشاعر العاطفية[٣]، والشعور بالوهن- المرض[٤]، والشكاوى العضوية[٥]، وكف العدوان[٦] (Ben-Porath & Davis,1996,p.11)، كما يمكن استخدام مقياسى الانبساط[٧] والعصابيه[٨] من بطارية أيزنك للشخصية[٩]، وحيث يتوقع حصول الهستيريين على درجات مرتفعة على المقياسين، الى غير ذلك من الأدوات التى تتيح التحقق من فرض الهستيريا، وبالتالى نفى أحد الفرضين اللذين بدأ منهما الفاحص تشخيصه .

٢- الطفل (ص ) يبلغ من العمر ١٠ سنوات ، جاءت الشكوى من مدرسته أنه بطىء التعلم ، وهو يقرأ فقط بعض الكلمات القليلة ، ولديه صعوبات فى الكتابة ، ودائما ما يختار الأطفال الأصغر منه عمرا ليلعب معهم ، أو يلعب بمفرده . وقد نشأ هذا الطفل فى بيئة ريفية، ويعمل والده - ذو التعليم المتوسط - فى وظيفة كتابية، أمينا لمخزن بإحدى الشركات، وقد ترك الأخ الأكبر المدرسة بعد السنة الرابعة الابتدائية . وقد تعرض (ص ) وهو فى الثالثة من عمره لإصابة فى رأسه ، وذكر الوالد أن هذه الإصابة لم تتبعها أية أعراض ملحوظة ، أو تغيرات فى سلوك الطفل ، وحيث التحق بالمدرسة وهو فى السادسة من العمر .

وتتعدد الأسئلة التى يتعين أن يجيب عليها الأخصائى الإكلينيكى هنا ، والتى يمكن أن تتضمن الآتى :

---

(1) Hysteria (HY)
(2) Denial of social anxiety
(3) Need for affection
(4) Lassitude - Malaise
(5) Somatic complaints
(6) Inhibition of aggression
(7) Extraversion
(8) Neuroticism
(9) Eysenck Personality Questionnaire (EPQ)

أ) ما مستوى الأداء العقلى للطفل (ص) ؟ وهل يرجع بطء تعلمه الى انخفاض فى القدرة العقلية العامة ؟.

ب) ما طبيعة صعوباته المدرسية على وجه التحديد؟ ما درجة هذه الصعوبات ؟.

جـ) هل يعانى تشوها إدراكيا قد يوحى بوجود تلف فى المخ ؟ وهو احتمال يرجحه تعرضه لإصابة فى الرأس وهو فى الثالثة من عمره .

د) ما مستوى دافعيته للعمل المدرسى ؟ وهل تتوافر له التدعيمات والتعزيزات الكافية للإنجاز من خلال البيئة المدرسية ؟ .

هـ) هل يعانى خوفاً أو قلقاً ، أو بعض المشكلات الانفعالية الأخرى المتعلقة بالمدرسة ؟ .

وكما يلاحظ فإن الأسئلة متعددة بالنسبة لهذا الطفل ، وتتطلب إجابة كل سؤال مجموعة من الفحوص التى تستخدم فيها اختبارات متنوعة للحصول على الإجابات ، ويتعين على الأخصائى الإكلينيكى أن يختار أدوات مناسبة تمكنه من الحصول على الإجابات الصحيحة .

غير أنه يلاحظ أن استخدام الاختبارات والمقاييس قد لايكون ميسورا فى كل الحالات نتيجة لطبيعة المشكلات التى يعانيها المريض ، أو لمشكلات أخرى لا صلة لها بمشكلته النفسية ، إلا أنها تعوق استخدام الاختبارات والمقاييس فى تشخيصه ، أو تعوق استخدام بعضها .

**معوقات استخدام الاختبارات والمقاييس**

أحيانا ما يجد الأخصائى النفسى الإكليديكى أنه فى موقف لايتسنى له فيه استخدام اختبارات أو مقاييس معينة ، ويمكن أن نصنف هذه المواقف فى عدد محدود من المواقف على الوجه الآتى :

١ – عندما يعانى المريض عجزاً فى بعض القدرات التى لا تمكنه من التعامل

مع مقياس معين، مثال ذلك الحالات التى يطلب فيها تشخيص مشكلة تتعلق بمريض أصم ، لايقرأ ولايكتب ، وبالتالى يتعذر استخدام أساليب القياس ذات الطبيعة اللفظية نتيجة لفقدان التواصل السمعى والكتابى بين الفاحص والمريض ، وقد يكون المريض كفيف البصر ، وهنا يمكن تطبيق اختبارات لفظية، أما الاختبارات العملية والتى تتطلب تآزرا بصريا يدويا فلا تتاح للمفحوص إمكانية استخدامها .

على أنه يلاحظ أن بعض المقاييس الكبرى - للذكاء على سبيل المثال - توفر ميزة مهمة وهى إمكانية استخدام أحد الجزءين اللفظى أو العملى فقط للوصول الى النتيجة نفسها تقريبا ، أو الى أصح نتيجة تقريبية ممكنة . من ذلك مقياس وكسلر للذكاء (Wechsler,1991)، أو مقياس سنيدجر-أومن للذكاء غير اللفظى[١] (Snij-ders & Snijders,1970)والذى يصلح للصم ومن يسمعون .

٢- عندما لايكون المريض فى الظروف المعتادة التى تسمح بالحصول على تقدير جيد لأدائه الذى يتسم بالاستقرار والدوام النسبى ، كأن يكون تحت ظروف ضاغطة مثلا تؤدى الى عجزه عن التفكير أو التركيز، أو تؤدى الى تشتته ، أو لايكون قد حصل على القدر الكافى من الراحة والنوم ، أو يكون تحت تأثير عقاقير معينة ذات تأثير نفسى[٢] ، أو تحت تأثير جرعات زائدة من مخدرات محظورة ، أو تحت تأثير علاج بالصدمات الكهربائية بفترة وجيزة قبل فحصه النفسى . وتعوق كل هذه الحالات إمكانية إجراء فحص إكلينيكى مناسب للمريض ، وتتطلب ترتيب ظروف ووقت مناسب لإجراء الفحص ، وعلينا أن نلاحظ أن دلالة هذه الحالات تتطلب من الأخصائى النفسى الإكلينيكى أن يتثبت قبل إجراء الفحص من أن المريض لايعانى أياً من هذه الظروف .

٣- عندما لايكون المريض قابلا للاختبار[٣] بمعنى أنه فى حالة لا تسمح بإخضاعه لموقف الاختبار أو الحصول منه على على استجابات يعتد بها . وتتعدد الحالات التى تندرج فى هذه الفئة ، من ذلك الهوسيون[٤] الذين يصعب اختبارهم

(1) Snijders-Oomen Non-verbal Intelligence Scale
(2) Psychoactive drugs
(3) Untestable
(4) Maniacs

عندما يكونون فى حالة نشوة شديدة ، إذ يكونون منطلقين فى حديثهم ، غير مركزين، سريعى الحركة، عديمى الاستقرار ، وأحيانا ما يكونون عدوانيين ولايستطيعون الاستمرار لدقائق متصلة ، أو التعامل بعناية مع الاختبار . والأمر نفسه مع الأطفال مفرطى النشاط[١]، ممن يعانون اضطرابات الانتباه[٢]وحيث لا يستقر الطفل فى مقعده لعدة دقائق يمكن الحصول خلالها على عينات لسلوكه وأدائه المعرفى . وبينما يمكن فى كثير من الحالات إجراء فحص سيكومترى للأطفال من ذوى التخلف العقلى، إلا أنه يصعب اختبار الأطفال التوحديين[٣] . فبالإضافة الى عدم إمكان إقامة تواصل بصرى معهم ، فإن اهتمام الطفل المتوحد بأشيائه الخاصة وسلوكه الطقسى يمنعه من الخروج من دائرته المغلقة ، بالإضافة الى العجز اللغوى الأساسى الذى يعانيه .

٤– عندما لا يتوافر لدى الأخصائى الإكلينيكى الاختبار أو المقياس المناسب ، فتوفر اختبار ما فى حزمة اختبارات الأخصائى الإكلينيكى لا يعنى بالضرورة صلاحية هذا الاختبار لكل الحالات التى تعرض عليه بلا استثناء ، فقد يتوافر الاختبار بلغته الأصلية فلا يمكن استخدامه مع مريض يتحدث العربية فقط ، إضافة لما يتضمنه ذلك من مشكلات سيكومترية أساسية تتعلق بالنقل الحضارى للاختبار وتقنينه على البيئة المحلية، وتوافر معايير مناسبة له على عينات مشابهة للحالة الفردية المطلوب اختبارها ، وقد يتوافر بالعربية ومع ذلك لايمكن استخدامه أيضا مع مريض لايتحدث هذه اللغة ، أو لاتكون العربية هى لغة التخاطب فى بيته ، وقد يتوافر الاختبار دون أن يناسب المرحلة العمرية للمريض ، أو لا تتوافر له معايير مناسبة . وكثيرا ما تواجه مثل هذه الأمور الأخصائى الإكلينيكى فى مواقف الممارسة، عندما يفكر على وجه الخصوص فى استخدام أداة جديدة أو يرغب فى اختبار خاصية نادرة أو نوعية شديدة التحدد، سواء فى المجال المعرفى أو السلوكى .

---

(1) Hyperactive
(2) Attention deficit disorder
(3) Autistics

## التقييم السيكومتري

تعد الاختبارات والمقاييس هى الأدوات الأساسية - إضافة الى غيرها من الطرق والأساليب – التى يستخدمها الأخصائى النفسى الإكلينيكى فى مجال تقييم المشكلات والصعوبات والاضطرابات المختلفة . وتكتسب الاختبارات والمقاييس النفسية قيمتها الحقيقية من ثلاثة مصادر رئيسة لايمكن تجاهل قيمتها العلمية والإكلينيكية :

١- فهى أولا أدوات مقننة بمعنى أنها منبهات موحدة وأوعية معلومات تتضمن أقل قدر من الاختلاف فى نوعية البيانات التى نتوصل اليها من خلالها مما يمكن أن يرد الى طبيعة الأداة ، أو هى بكلمات أخرى أدوات موحدة المعنى ، وموحدة الوحدات . ويسمح مثل هذا التقنين بخاصية مهمة يتطلبها العمل الإكلينيكى وهى تراكم الحقائق والمعلومات الدقيقة حول المعدلات القاعدية لأداء فئات مختلفة من المرضى على هذه الأدوات ومساحات التحسن التى يمكن ملاحظتها على هذه المقاييس نتيجة للتدخلات الإكلينيكية المختلفة . والتعرف الدقيق من جانب آخر على خصائص الاضطرابات .

٢- وهى ثانيا بمثابة لغة مشتركة موحدة المفردات والمفاهيم يتيسر من خلالها التواصل بين أبناء التخصص وبين أعضاء الفريق الإكلينيكى ، وبحيث يمكن من خلال اطلاع الأخصائى على تقرير لأخصائى آخر يتكون من مجموعات من الأرقام والمعايير أن يفهم المقصود تماما بهذه الرموز ودلالاتها .

٣- وهى ثالثا أدوات مناسبة لتقييم التحسن والتغيرات المختلفة فى حالة المريض عبر مرحلة العلاج ، من خلال المقارنة بين مستويات أدائه على هذه المقاييس فى كل مرحلة ، أو المقارنة بين أداء المريض قبل العلاج وبعده . ويسهم ذلك فى الحصول على تقديرات موضوعية ودلائل علمية مقبولة تختلف تماما عن التقديرات الذاتية والانطباعية، سواء التى يقدمها المريض أو يخرج بها المعالج ، وما قد تتضمنه من تحيزات مقصودة أو غير مقصودة .

لهذا يعد استخدام الاختبارات النفسية أساسيا فى التشخيص والتقييم الإكلينيكى

للمرضى ، كما أصبح من الشائع الآن استخدام الأدوات التى يمكن الخروج منها بدلالات إكلينيكية ثرية ، ويتحدد استخدام الاختبار المعين فى ضوء استراتيجية التقييم التى يلتزم بها الأخصائى النفسى فى أدائه لمهامه . وقد حظيت مجموعة من المقاييس التقليدية باهتمام الأخصائيين النفسيين الإكلينيكين، وأصبحت الأكثر شيوعا فى الاستخدام فى الوقت الراهن ، وهى الآتى :

١- اختبارات وكسلر للذكاء والتى تتضمن :

ا) اختبار وكسلر المعدل لذكاء الراشدين[١] .

ب) أختبار وكسلر المعدل لذكاء الأطفال[٢] .

جـ) اختبار وكسلر لذكاء أطفال مرحلة ما قبل المدرسة[٣] .

٢- بطارية مينسوتا-٢ متعددة الأوجه للشخصية:

أ) بطارية مينسوتا متعددة الأوجه -٢ ( راشدين) [٤].

ب) بطارية مينسوتا متعددة الأوجه للشخصية للمراهقين[٥]. (Butcher et al., 1992)

٣- اختبار بندرجشطالت[٦] (Reichenberg & Raphael,1992)

٤- اختبار رورشاخ لبقع الحبر[٧].

٥- اختبار تكميل الجمل لروتر[٨].

٦- الاختبارات التحصيلية العريضة المجال المعدلة[٩] (Piotrowski & Keller, 1989)

---

(1) Wais-R
(2) Wisc- R
(3) Wppsi
(4) MMPI-2
(5) MMPI-A
(6) Bender-Gestalt
(7) Rorschach ink plot
(8) The Rotter incomplete sentences blank
(9) Wide Range Achievement test- Revised (Wrat-R)

ويذكر لوبن وزملاؤه (Lubin et al.,1985) أن هذه الاختبارات التقليدية اكتسبت شعبية فى الاستخدام الإكلينيكى ومازالت منذ وقت طويل.

ويضاف الى هذه الاختبارات نوعيات أخرى من المقاييس والبطاريات ذات الأهداف النوعية ، مثال ذلك بطاريات ميلون متعددة المحاور[١] للتقييم الإكلينيكى والشخصية (Millon,1997) والتى تعد أداة جيدة لتخطيط البرامج العلاجية وهى تغطى مجالات عريضة للتدخلات المستهدفة ،من ذلك :

١- الأفعال التعبيرية[٢] مثل التشريط العكسى[٣]، والتدريب على المهارات الاجتماعية، والتدريب على التوكيدية[٤] والبروفات السلوكية[٥] والتشريط الإجرائى .

٢- السلوك التفاعلى[٦] فى العلاج الجماعى والتدريب على المهارات الاجتماعية ، ومناحى العلاج الإنسانى[٧]، وتدبر الغضب[٨] والعلاج التفاعلى .

٣- النمط المعرفى[٩] من ذلك المناحى العلاجية السلوكية المعرفية ، والعلاج الوجودى[١٠] .

٤- المزاج[١١] عند استخدام العناصر أو المواد النفسية الدوائية [١٢] والتدريب على الاسترخاء[١٣] والتشريط العكسى، والعلاج الخبروى[١٤] .(Retzlaff, 1997)

وقام فيشر وكوركوران (Fischer& Corcoran,1994) ، من ناحية أخرى ، بتوثيق عدد كبير من الاختبارات الإكلينيكية المختلفة ويمتد عرضهم لها من تقديم

(1) Millon Clinical Multiaxial Inventory (MCMI)
(2) Expressive acts
(3) Counterconditioning
(4) Assertiveness training
(5) Behavioral rehearsal
(6) Interpersonal conduct
(7) Humanistic therapy approaches
(8) Anger management
(9) Cognitive style
(10) Existential Therapy
(11) Mood / Temperament
(12) Psychopharmacological agents
(13) Relaxation training
(14) Experinental therapy

الخصائص الجوهرية للاختبارات والمقاييس الإكلينيكية الى عرض للاختبارات (ونصوصها ، وبياناتها السيكومترية ) التى تستخدم فى مجالات متعددة، شخصية ومعرفية، للراشدين والأطفال، والتى تتسم بميزتين أساسيتين: أنها تتمتع بخصائص سيكومترية وتشخيصية جيدة ، بالإضافة الى أنها اختبارات قصيرة لا تزيد بنود الواحد منها على خمسين بندا . وهى خاصية أصبحت جوهرية فى الممارسة نتيجة للحاجة لاستخدام اختبارات متعددة فى الوقت الواحد ، مع الأخذ فى الاعتبار المتغيرات الموقفية التى تحد من استخدام الاختبارات الطويلة فى حالة المرضى وأصحاب الصعوبات المختلفة ممن تشكل فترة الاختبار الطويلة ضغطا شديدا عليهم .

**استراتيجيات التقييم النفسي**

تعتمد استراتيجيات التقييم النفسى على طبيعة الأهداف النوعية من عملية التقييم ، وعلى المتطلبات الحديثة من استخدام الاختبارات ، والتى تتمثل فى أهمية الاقتراب والملاءمة مع الدليل التشخيصى والإحصائى الرابع بهدف خلق لغة موحدة وتبادل المنافع مع الأساليب التى يوفرها هذان النظامان العلميان – علم النفس والطب النفسى – بالإضافة الى أهمية الاستجابة الى الاحتياجات الجديدة التى فرضتها أساليب العلاج السلوكى ومتطلباتها المختلفة التى أثرت بدورها فى نوع المعلومات التى يحتاجها الأخصائى النفسى الإكلينيكى ، ويفضل توافرها له بصور مقننة .

ويمكن أن نحدد أربع استراتيجيات أساسية تستخدم فى مجال التقييم النفسى باستخدام الاختبارات (Hurt & Tomoyasu,1995):

١- **الفحص الأولي**[1]

ويجرى الفحص الأولى للمريض قبل بدء إجراءات التدخل والعلاج ، ويكون الهدف منه التعرف على ما إذا كانت الحالة تتطلب استخدام اختبارات أخرى لإجراء فحص متعمق وتفصيلى لجوانب معينة أم لا . وعادة ما يتم هذا الفحص الأولى عند دخول المريض للمستشفى أو عند تقدمه لأول مرة إلى العيادة طلبا للعلاج.

---

(1) Initial screening

**٢-الفحص الشامل**

وتستخدم فى الفحص الشامل بطارية من الاختبارات متعددة الأغراض تتضمن مجموعة من المقاييس المتنوعة، سواء فى المجال المعرفى أو فى سمات الشخصية . وتستخدم فى هذه المرحلة اختبارات وكسلر بما توفره من نسبة ذكاء كلية، وتقدير لعدد من الوظائف المعرفية المحددة كالذاكرة والانتباه والتنظيم الإدراكى والتفكير التجريدى ، وغير ذلك من القدرات العقلية المتضمنة فى المقاييس الفرعية . كما تستخدم فى هذه المرحلة أيضا بطارية مينسوتا متعددة الأوجه للشخصية ، واختبار بندر -جشطالت، وبنتون وبعض الاختبارات النفسية الحركية ، ومقاييس الشخصية الأخرى .

وعادة ما يستخدم الأخصائيون الإكلينيكيون ديناميو النزعة اختبارات كالرورشاخ وتفهم الموضوع[1] أو تكميل الجمل بهدف التعرف على العوامل اللاشعورية أو الدينامية التى تسهم فى تفسير اضطراب المريض .

غير أنه يتعين ملاحظة أن استخدام هذه المقاييس أو بعضها ، وهى مقاييس طويلة قد يكون مكلفا ومستهلكا للوقت ، ويصبح من الضرورى أن يهتم الأخصائى الإكلينيكى بالاعتبارات الانتخابية فى اختياره للمقاييس المناسبة لأهداف الاختبار ، وتستخدم الآن وبصورة واعدة بطارية ميلون الإكلينيكية متعددة المحاور[2] لكى تحل بديلا عن عدد من المقاييس التقليدية ، نتيجة لما تتميز به هذه البطارية من إمكان تقديم بروفيل كامل للمريض (Hurt & Tomoyasu,1995) .

**٣-الفحص الموسع**

ويهدف هذا النوع من الفحص الى التقدم نحو مجالات أخرى لفحصها باستفاضة ، وحيث لا تكون متضمنة عادة فى مراحل الفحص السابقة ، وذلك عندما يجد الأخصائى الإكلينيكى أنه إزاء مؤشرات أو أعراض تتطلب منه القيام بمثل هذا الفحص الموسع ، مثال ذلك الحاجة الى فحص بعض الوظائف النفسية العصبية

1) TAT
2) MCMI

والتى تتوافر لها مقاييس خاصة، مثل بطارية لوريا – نبراسكا النفسية العصبية[١] أو بطارية هالستيد – ريتان النفسية العصبية[٢] .

**٤- الفحص البؤري[٣]**

وهو تقييم تفصيلى متعمق لمجال معرفى أو سلوكى ، ويستخدم عندما يتطلب الأمر تقييم أعرض أو وظائف معينة لتحديد نوع ودرجة الاضطراب فيها . وأحد أنماط الفحص البؤرى هو التقييم السلوكى الذى أصبح مقبولا على نطاق واسع، والذى تستخدم فيه بطاريات متعددة الأبعاد لتقييم مشكلات معينة . ويتم التركيز فى الفحص السلوكى البؤرى عادة على المشكلات المعرفية المتعلقة بالسلوك . ويختلف هذا الاتجاه فى التقييم السلوكى الذى يعطى وزنا كبيرا للعوامل المعرفية عن المنحى الأصيل للتقييم السلوكى الذى يقوم على مبادىء التعلم ونظريات التشريط ، غير أنه يتفق مع الصياغات التكاملية الحديثة التى تعترف بأهمية العمليات المعرفية فى صلتها بالتغيرات السلوكية (Beck et al ., 1979) .

**شروط استخدام المقاييس والاختبارات في الممارسة الإكلينيكية**

لايعنى مجرد توافر اختبار أو مقياس ما لدى الأخصائى النفسى الإكلينيكى ، أنه يستطيع استخدام هذا الاختبار . فبالإضافة الى الشروط السيكومترية الصارمة التى يتعين استيفاء الاختبار لها من حيث الصدق والثبات ، يجب أن يراجع الأخصائى ويتثبت من عدد من الاعتبارات المهمة ، من ذلك :

١– هل تتفق خصائص المريض الذى ينوى استخدام هذا الاختبار لتشخيصه مع خصائص عينة التقنين الخاصة بهذا الاختبار ، من حيث العمر والمستوى التعليمى والمتغيرات الاجتماعية الاقتصادية التى تعكس العوامل الحضارية المؤثرة فى الأداء؟

٢– هل للاختبار نقاط حدية[٤] يمكن الاسترشاد بها لتحديد أين يقع السواء وأين

---
(1) Luria- Nebraska Neuropsychological Battery
(2) The Halstead- Reitan Neuropsychological Test Battery
(3) Focal
(4) Cutoff Points

يقع الاضطراب ، ودرجة الشدة ذات الدلالة الإكلينيكية لهذه المستويات من الأداء ، وهل مصدر هذه النقاط الحدية عينات سوية أم إكلينيكية ، محلية أم أجنبية؟

٣- هل تتوافر لدى الأخصائى المعلومات الكافية التى يمكن أن تفسر - من المنظور الاجتماعى والثقافى - نوع الأداء الذى يقدمه المفحوص؟ فالكثير من أشكال الأداء وما تتضمنه من سواء أو شذوذ إنما تتحدد فى الواقع بناء على معايير اجتماعية وحضارية معينة ، فما يعد شذوذا وانحرافا عن السواء فى مجتمع ما، قد لايعد كذلك فى مجتمع آخر .

٤- هل تتوافر لدى الأخصائى معدلات قاعدية[١] إكلينيكية عن المقياس المستخدم من عينات مشابهة. بحيث يمكنه حساب الخطأ المعيارى للقياس[٢]من مثل هذه العينات بالصورة التى تسمح له بالتعرف على المدى الحقيقى الذى تتراوح بينه درجة المفحوص؟

٥- هل يتابع الأخصائى الإكلينيكي البحوث والنتائج المنشورة حول هذه الأداة التى يستخدمها ، ودلالات هذه النتائج ، والارتباطات بين الدرجات عليها مع متغيرات أخرى ، بالصورة التى تسمح له بتقدير طبيعة ما يقيسه هذا المقياس ، ولماذا يختلف الأداء عليه عن مقياس آخر ، وبالتالى لماذا يمكن أن تختلف دلالة هذا الأداء عن دلالة أدائه على مقياس مشابه؟

**التقييم السلوكي**

تتطلب الأساليب السلوكية فى العلاج - من ناحية أخرى - منح مزيد من الاهتمام للعوامل الموقفية الراهنة ، وهو الأمر الذى يمثل اختلافا عن توجهات المنحى الدينامى الذى يعطى القدر الأساسى من الاهتمام للمراحل المبكرة فى حياة الفرد وخبرات طفولته ، والمنحى السيكومترى التقليدى ينصب اهتمامه على الأداء المقنن المستخلص من الدرجات على الاختبار فى الموقف الراهن للأداء . وأحد الفروض المبدئية فى التقييم السلوكى هو أن السلوك غير جامد ، وأن بعض أنماطه قد تكون

(1) Base Rates
(2) Standard Error of Measurement

مشكلة[١] فى موقف دون الآخر . وعلى هذا فإن التقييم السلوكى يتضمن عناصر مختلفة مثل :

١– الأحداث المعجلة التى تسبق مباشرة حدوث السلوك المشكل ، الذى يجرى تقييمه ، والتى يمكن النظر إليها أحيانا باعتبارها منبهات موقفية تؤدى الى صدور السلوك تحت ظروف معينة، وبما يفسر عدم شيوع السلوك المشكل فى كل المواقف .

٢– التغيرات الوجدانية والمعرفية التى يمكن أن تؤدى الى ظهور السلوك[٢]، والتى قد تعمل بوصفها عوامل استثارة داخلية ، أو تعبر عن التراكمات الانفعالية لدى الفرد ، وتستثير سلوكه تحت ظروف معينة .

٣– السلوك نفسه موضوع التقييم ، من حيث تكراره وشدته وطول فترة بقائه ومدى مقاومته ، وسعته أو محدوديته، وهو الاهتمام الذى يتجه نحو توصيف السلوك موضوع الشكوى بهدف تحديد خصائصه ، وتحليله الى أكبر قدر من الوحدات السلوكية الصغرى بما يساعد على وضع خطط التدخل العلاجية ، والبرامج اللازمة لتعديل هذا السلوك ، ليتوافق من جديد مع معايير السواء.

٤– الأحداث التالية على حدوث المشكلة ، والمشاعر المصاحبة التى يمكن أن تمثل تدعيما للسلوك المرضى ، أو تؤدى الى استمراره أو كفه.

وعادة مايجرى التقييم السلوكى فى صورة ملاحظة نظامية مباشرة فى المواقف الطبيعية ، تفيد فى تقييم السلوك التلقائى الذى قد لايكون المريض متنبها لخصائصه ، أو غير واضح الدلالة بالنسبة له .

**مجالات التقييم النفسي**

يذكر كلاركن وهنت (Clarkin & Hunt,1988) ستة مجالات رئيسة يمكن إجراء التقييم النفسى فيها ، فى ضوء العديد من المقاييس المتوافرة التى يتاح استخدامها لهذا الغرض ، وهذه المجالات الستة هى الآتى :

---

(1) Problematic
(2) Onset

### ١- أعراض الاضطراب وشدته

وفيه يتم تقييم الأعراض والوظائف المختلفة ، مثل القلق ، باختبار مثل مقياس سمة وحالة القلق[1] لسبيلبرجر Spielberger et al. (1976) وحيث يوفر مقياس السمة تقديرا للقلق المزمن، بينما يوفر مقياس الحالة تقديرا لنوبات القلق. كما تقاس فى هذا المجال احتمالات الاضطراب الوجدانى ، حيث يمكن استخدام قائمة الاضطرابات الوجدانية والفصام[2] لإنديكوت وسبيتزر (Endicott & Spitzer,1978)

ويتوافر اهتمام خاص فى هذا المجال بتقييم الاتجاهات العدوانية ، نحو الذات ونحو الآخرين ، بما فى ذلك النوايا الانتحارية ، والأفكار والأفعال التى تهدف لإيذاء الذات ، وكذلك استخدام المواد المخدرة ، وإدمان الكحول . كما تستخدم بطارية بيك Beck لقياس الاكتئاب[3] وهى حساسة بصفة خاصة للجوانب المعرفية للاكتئاب (Beck,Ward,& Mendelson,1961)، كما يستخدم أيضا فى حالات كثيرة مقياس هاميلتون (Hamilton,1960)للاكتئاب[4]، ومن المقاييس المهمة أيضا فى هذا المجال لقياس مخاطر الانتحار مقياس كال وجيل (Cull & Gill,1986) لمخاطر الانتحار[5].

### ٢- قياس الشخصية

ويستخدم فى مجال التقييم الإكلينيكى للشخصية عدد من البطاريات التى تقوم على أسس نظرية مختلفة ، والتى غالبا ما تتعامل مع أبعاد الشخصية بوصفها متصلات قطبية تكشف النهايات المتطرفة لأقطابها عن سمات ذات دلالة إكلينيكية واضحة . ومن أهم البطاريات المستخدمة فى هذا المجال استخبار أيزنك للشخصية[6] ، وبطارية أيزنك للشخصية[7]. والأولى هى الأحدث وتقيس الأبعاد الآتية : الانبساط

(1) State- Trait Anxiety Inventory (STAI)
(2) Schedule for Effective Disorder and Schizophrenia (SAPS).
(3) Beck Depression Inventory
(4) Hamilton Rating Scale for Depression(HRSD)
(5) Suicide probability Scale
(6) Eysenck Personality Questionnaire
(7) Eysenck Personality Inventory

– الانطواء ، والعصابية– الاتزان الوجدانى ، والذهانيه– السواء ، والإجرام ، والكذب، بينما تقيس الثانية البعدين الأولين فقط .

وتستخدم بدرجة أقل بطارية عوامل الشخصية الستة عشر[1] لرايموند كاتل Cattell ، والتى تتضمن عددا من المقاييس التفصيلية لخصائص الشخصية المختصرة والمجمعة فى أبعاد أيزنك ,Eysenck.

ومن أهم المقاييس الأخرى فى مجال تقييم الشخصية نموذج البحث فى الشخصية[2] (Jackson,1974) ، ونتيجة لطبيعة الأهداف النظرية التى تصمم من أجلها هذه المقاييس، كانت الدلالات الإكلينيكية المستخلصة منها أقل وضوحا من بطاريات أخرى صممت أساسا لأهداف إكلينيكية ، وصمم البعض الآخر ليتوافق مع مفاهيم وتصنيفات ومحكات الدليل التشخيصى الرابع، من ذلك مقياس التحليل البنائى للسلوك الاجتماعى[3] (Benjamin,1976)، وبطارية ميلون Millonمتعددة المحاور الإكلينيكية (Millon,1983:MCMI) التى سبقت الإشارة إليها والمتوافقة مع الدليل التشخيصى الرابع .

**٣-الأداء المعرفي**

ويتجه الاهتمام الرئيس فى هذا المجال الى قياس الذكاء العام ، والعوامل النوعية المختلفة مثل التعلم واللغة ، والذاكرة ، والحكم . وجميعها مجالات مهمة فى التشخيص والعلاج ، ويمكن هنا استخدام مقاييس وكسلر لهذا الغرض ، والتى تتميز بأنها ذات توجه إكلينيكي ، إضافة الى توافر معايير عامة جيدة لها .

**٤-المقاييس النفسية-العصبية[4]**

كما توفر المقاييس النفسية العصبية قياسا لبعض أشكال الأداء المعرفى فى مجالات الآفات والإصابات العضوية الدماغية على وجه الخصوص ، وتتوافر لهذا الغرض بعض المقاييس المناسبة مثل مقياس هالستيد – ريتان Halstead- Reitan

(1) Sixteen Personality Factors (16 PF)
(2) Personality Research Form
(3) Structure Analysis of Social Behavior Scale
(4) Neuropsychological

والذى صمم لتحديد الآفات العصبية فى جمهور المرضى المشخصين سيكاتيريا.

وتمثل الجهود الرائدة للربط بين نتائج المقاييس النفسية العصبية وبين أنماط عدم السواء البنائية (Seidman,1983)، أو بين نتائج هذه المقاييس وعدم السواء الكيميائى الحيوى فى المخ واحدة من أهم الخطوط البحثية الحديثة ذات القيمة الإكلينيكية الكبيرة [1] (Barchas et al., 1977).

### ٥- العوامل الدينامية

وتقاس فى هذا المجال عدة متغيرات أساسية يفترض أنها تلعب دورا جوهريا فى تشكيل السلوك بعامة ، والأعراض والاضطرابات المرضية على وجه الخصوص ، مثل الحوافز[2]، والرغبات اللاشعورية، والصراعات والدفعات، وتستخدم فى هذا المجال المقاييس والأدوات الإسقاطية المختلفة، مثال ذلك اختبار رورشاخ لبقع الحبر، لهلدى رورشاخ (Rorchach,1970)والاختبارات الأخرى المماثلة له ، واختبار تفهم الموضوع[3] لموراى ومورجان (Morgan & Murray,1935)، ومقاييس إكمال الجمل المختلفة .

### ٦- العوامل العلاجية

ويقصد بها قياس الخصائص المرضية التى يمكن أن تؤثر فى تقبل المريض للعلاج ، أو تؤثر فى استخدام علاج معين معه ، وتقسم هذه العوامل الى عوامل عامة مساعدة ، وأخرى خاصة . وتتضمن العوامل العامة مستوى الذكاء الذى يمكن قياسه باختبار للذكاء مثل وكسلر ، وكذلك من خلال تاريخ علاقة التعاون المتبادلة بين المريض والآخرين ، ودلائل الدافعية ، وإمكانات مقاومة العلاج ، والقدرة التأملية ، وجميعها متغيرات ودلائل يمكن الخروج بها من خلال الاختبارات المختلفة .

أما العوامل الخاصة فهى مدى تعقد الأعراض، ونمط المفحوص أو المريض فى التغلب على المشكلات ، والحساسية التفاعلية (بين الأفراد)، وهى عوامل يمكن قياسها ببطارية مينسوتا متعددة الأوجه للشخصية ، أو ببطارية أيزنك للشخصية ،

(1) Biochemical
(2) Drives
(3) Thematic Apperception Test (TAT)

بينما يمكن استخدام بطارية ميلون متعددة المحاور لتحديد الصراعات الرئيسة عند ملاحظة سيادة أنماط عدم التوافق العصابية (Hunt & Tomoyasu,1995)

**المطالب الاجتماعية والتوافق الاجتماعي**

يضاف إلى ذلك تقدير الضغوط البيئية والاجتماعية المختلفة ، ويمكن فى هذا المجال استخدام اختبارات تقدير الضغوط الاجتماعية مثل صحيفة ديروجيتس للضغوط[1] (Derogatis,1982).

**التقرير النفسي الإكلينيكى**

ينقسم التقرير النفسى الإكلينيكى الذى يعده الفاحص الى جزءين أساسيين ، الجزء الأول يخصص لعرض الحالة واستيفاء البيانات الأساسية المتعلقة بالعمر والتعليم والوضع الاجتماعى، بالإضافة الى الملاحظات الإكلينيكية المختلفة وتاريخ الحالة . ويختص الجزء الثانى بعرض نتائج الاختبارات، والمقاييس التى استخدمت فى التشخيص، وتفسير النتائج التى خرج الفاحص بها منها . وتتطلب هذه العمليات مهارة ودقة فى إعدادها ، كما تتطلب أن يكون المريض قد وصل الى قدر من الألفة مع الفاحص قبل إجراء الاختبارات ، هذا القدر يخفض الى أدنى حد من تباينات الخطأ التى يمكن أن تتسرب الى الأداء نتيجة للخوف أو الترقب أو عدم شعور المريض بالطمأنينة، أو غير ذلك من العوامل الأخرى التى تؤثر فى الأداء على المقاييس النفسية، وفيما يلى نموذج واقعى لتقرير نفسى لمريض مقيم بالمستشفى ، تم إخفاء هويته:

**أ) التقرير الاول : تاريخ الحالة والملاحظات**

الفاحص : أخصائى نفسى إكلينيكى : س س س        تاريخ : ٢٠٠٨/١/١٤

رقم الملف : ٠٠٠٠        الجناح : ٠٠٠٠٠

الاسم        : س

العمر        : ٣٨ سنة

(1) Derogatis Stress Profile

| | |
|---|---|
| الجنس | : أنثى |
| الحالة الاجتماعية | : مطلقة وأم لطفلين |
| المستوى التعليمى | : الثانية الثانوية |
| العمل | : متقاعدة من وظيفة كتابية ( بسبب المرض) |
| مكان المقابلة | : القسم النفسى بالمستشفى |
| تاريخ الدخول آخر مرة | : ٢٠٠٥/١٢/٢٠ |
| فترة الاقامة الأخيرة | : حتى تاريخ المقابلة ( ٢٠٠٨/٦/١٤) |
| عدد مرات دخول المستشفى | :٧ مرات |
| فترة بقائها خارج المستشفى قبل آخر مرة | : سنة وأربعة أشهر |

**موضوع الشكوى الرئيسى**

( على لسان المريضة ) : بأحس بضيق فى صدرى ، وخلقى ضيق . . . . ، ومش مهتمة بشيء ، بأحس إنى عاوزة أبكى دائما ، وساعات أبكى وحدى فى أوضتى ، حاسة إن الدنيا سوده ومتسواش ، وإن الحياه والموت زى بعض ،كنت كويسة قبل كده ، لكن المشكلة ابتدت وأنا فى النفاس لما ولدت بنتى الصغيرة ، مش عارفة حصلى إيه ، رحت لدكتور واتعالجت وبقيت كويسة . واتطلقت من جوزى بعد جواز ست سنين ، كان فيه مشاكل بينا ، سببها إن جوزى كان بيشرب وكان مصاحب أصدقاء السوء، وياما نصحته ، لكن مفيش فايدة . ساعات بافكر فى حاجات عجيبة ، مـاأقدرش أقولها ولا أوصفها ، بس باحس لما تجيلى الأفكار دى إنى عاوزة أموت نفسى وأخلص، لأن الدنيا بيبقى ملهاش معنى، أنا من زمان بتعالج علشان أخف ، لكن المرض طول معايا ، وباين مفيش فايدة من العلاج، وأحسن لى أموت وأستريح .

**التاريخ العائلى**

**الأب:**

توفى من أربع سنوات فى حادث سيارة ، كان قويا ومتسلطاً ، وقاسياً أحيانا ، إلا أن علاقتة بالمريضة كانت جيدة ، وتذكر المريضة أنها كانت تحبه على الرغم من

شدته ، وكانت علاقتها به أفضل كثيرا من علاقتها بأمها ، من ذلك أنها كانت توقظه فى طفولتها ليلا بدلا من أمها عند حاجتها للحمام ، وقد ارتبطت وفاة الوالد بانتكاستها فى المرة الثانية التى دخلت فيها المستشفى.

**الأم:**

فى الرابعة والستين من عمرها الآن ، شخصية ضعيفة ، مسالمة ومغلوبة على أمرها، تعانى السكر والضغط ، وتقيم حاليا مع أسرة أحد أبنائها .

**الإخوة:**

المريضة هى الثانية بين أربعة إخوة وأخوات . والعلاقة طيبة بين الإخوة والأخوات والأم .

**الأمراض العائلية:**

لاتوجد أية أمراض عصابية أو ذهانية ، أو حالات إدمان ، أو صرع ، أو اضطرابات شخصية لدى أى من أفراد الأسرة .

**التاريخ الشخصي للمريضة:**

كانت طفولتها طبيعية وهادئة، ولم تعان أكثر من أمراض الطفولة المعتادة .

**التاريخ المدرسي:**

كان تحصيل المريضة متوسطا ، وتعثرت عاما دراسيا واحدا ، وكانت تأمل استكمال تعليمها ، إلا أن الظروف الاقتصادية لم تكن مواتية ، وكانت الأفضلية للذكور، ولم تكن لديها علاقات حميمة مع أصدقاء خلال الدراسة ، وهى تذكر صديقتين فقط ، انقطعت علاقتها بهما بعد خروجها من المدرسة بفترة قصيره ، وتذكر المريضة أنها كانت ميالة الى العزلة ، ولم تشترك أبدا فى أية أنشطة مدرسية ترفيهية أو رياضية .

**العمل:**

عملت سكرتيرة فى مصلحة حكومية ، كانت علاقتها بزميلاتها سطحية ، اتسمت ببعض المشاحنات أحيانا ، وكانت تعتقد أنهم يتحدثون عنها بالسوء ، ويغارون

منها ، ولها بالرغم من ذلك زميلتان مازالت على علاقة بهما ، وتزورها إحداهما بالمستشفى .

**التاريخ الجنسي:**

سن بلوغ المريضة (١٢) سنة ، وكانت تصاحب الدورة الشهرية آلام شديدة ، وتعب ، خاصة فى اليومين الأولين منها ، كما أنها تعانى اضطراباً فى الدورة الشهرية ، وعدم انتظام، وحاليا الدورة متوقفة منذ ستة أشهر .

**الزواج:**

استمر زواجها ستة أعوام ، ولديها ابنتان ١١، ١٣ عاما ، كان زواجها تقليديا ، ولم يسبق لها معرفة زوجها قبل التقدم لها ، لم تكن تشعر نحوه بمشاعر قوية ، رغم أنها تذكر أنه كان يحبها ، كانت منزعجة من تعاطيه الخمور مع مجموعة من أصدقائه الذين لم تكن تحبهم ، وتعتقد أن شخصيته كانت ضعيفة أمام أمه ، وأنه كان ينفذ كل ماتريده ، وكان ذلك مصدرا رئيسا للمشكلات بينهما ، وهى تعتقد أن أمه لم تكن موافقة على زواج ابنها منها.

**الملاحظات الإكلينيكية:**

**السلوك العام:**

انطوائية ، منسحبة ، لاتميل الى الاختلاط ، تفضل العزلة ، لاتكاد توجد بينها وبين المرضى الآخرين علاقات ، تميل للجلوس منفردة ، نشاطها النفسى والحركى ضئيل ، تكثر من الحركة عندما تكون قلقة .

**الكلام:**

حديثها مترابط ، وإن كانت مقلة من الحديث ، وتستخدم جملاً قصيرة، لكنها مترابطة ، عندما تكون مستثارة يتغير حالها وتكثر من الحديث غير الهادف .

**المزاج العام:**

حزينة ومكتئبة .

**التفكير:**

بطيء ، ولكن أفكارها مرتبة .

**الهلاوس أو الضلالات:**

لاتوجد لدى المريضة أية هلاوس أو ضلالات ، سواء معبر عنها ، أو ملاحظة .

**الوساوس أو الأفعال القهرية:**

ذكرت المريضة أثناء المقابلة أن أفكارا غريبة تراودها فجأة ولا تستطيع التخلص منها وتظل تطاردها ، وتجعلها تفكر فى الانتحار ، وأنها رغم مقاومتها لهذه الأفكار إلا أنها لاتستطيع التخلص منها .

**الوعي بالزمان والمكان:**

المريضة مدركة للزمان والمكان والجو المحيط بها والأشخاص .

**الذاكرة:**

تذكر المريضة الأحداث والأماكن والأشخاص جيدا، ولكنها تذكر أنها أصبحت تنسى أحيانا .

**الانتباه والتركيز:**

تعانى المريضة ضعف الانتباه والتركيز .

**النوم:**

تنام فى المعتاد فترات طويلة أثناء النهار ، ولكنها تعانى بشدة قلة النوم أثناء الليل، وأحيانا ماتقضى ليلة كاملة بدون نوم ( تحسن نومها فى الفترة الأخيرة مع العلاج) .

**الاستبصار:**

المريضة واعية بمرضها ، وترغب فى العلاج ( أو الموت ) .

**مدي تعاونها في العلاج :**

متعاونة ، وتتناول الأدوية فى أوقاتها ، وتلتزم بها .

**العلاج الحالي :**

**العلاج الفارماكولوجي :**

1- Serenace 5mg T.1x1

2. Kemadrin 5mg T 1x2

3. Susmantil 25mg T1x2

4. Priadel 400mg T 1x2

**العلاج النفسي :** لايوجد حاليا

**المآل :**

المريضة فى تحسن فى الشهور الثلاثة الأخيرة ، ويرتبط تحسنها بتقبلها للعلاج، ويتوقع الطبيب المعالج خروجا من المستشفى خلال شهرين إذا استمر تحسنها بالمعدل نفسه.

**ملاحظات وتعليقا إضافية :**

عدل تشخيص المريضة سيكايتريا من اضطرابات انفعالية – وهوس Af-fective disorder- manic state في المرة السابقة لدخولها المستشفى الى اضطرابات انفعالية – واكتئاب معاود Affective disorder- depressive epi-sode . ونتيجة لتحسن المريضة فى الفترة الأخيرة يوصى بإشراكها فى برنامج تأهيل ومتابعة ، وعلاج معرفى ، بالإضافة الى أهمية توفير قدر أكبر من الدعم الاجتماعى لها .

**الفاحص**

**( توقيع )**

يتضمن التقرير الأول تاريخ الحالة المرضية والمعلومات المتوافرة من التاريخ

الشخصى للمريضة والظروف الاجتماعية المختلفة التى تحيط بمرضها وعلاقاتها بالآخرين سواء فى الأسرة أو العمل ومشاعر المريضة الخاصة ورؤيتها لمشكلتها والتشخيص السيكايتري والعقاقير التى وصفت لها ، ويتضمن التقرير الثانى نتائج الفحص النفسى والأدوات التى استخدمت فيه.

**٢) التقرير الثاني : الفحص السيكومتري**

التاريخ : ٢٤/١/٢٠٠٨

الاسم : س

الجنس : أنثى

العمر :٣٨ سنة

محولة من : دكتور ص ( جناح ٥ )

الفاحص : .........

المشكلة : ( راجع تقرير الحالة )

**أحيلت المريضة للأخصائى النفسى للآتى :**

١- تقييم مستوى الأداء المعرفى .

٢- فحص احتمالية وجود تدهور عقلى .

٣- تقييم الشخصية .

٤- اقتراح تدخل نفسى مع الحالة .

**الاختبارات النفسية السابقة :**

لاتوجد.

**التقييم الحالي :**

**١ - الأداء المعرفي**

الاختبار المستخدم : وكسلر للراشدين

نسبة الذكاء اللفظية : ١٠٧

نسبة الذكاء العملية : ٩٢

نسبة الذكاء الكلية : ٩٩

**الدرجات على المقاييس الفرعية:**

| المقاييس اللفظية | المقاييس الأدائية |
|---|---|
| (م= ٣ ± ١٠) | (م= ٣ ± ١٠) |
| المعلومات = ١٢ | تكميل الصور = ١٠ |
| الفهم = ١٢ | ترتيب الصور = ٨ |
| المتشابهات = ١١ | تصميم المكعبات = ٨ |
| الحساب = ٨ | تجميع الاشياء = ٩ |
| المفردات =١١ | رموز الأرقام =٦ |
| مدى الأرقام =٩ | |

**٢ - تقييم الشخصية**

الاختبار المستخدم : استخبار أيزنك للشخصية EPQ

ذهانية =٤ (م= ٢ ± ٣)

عصابية =١٨ (م= ٣ ± ١١)

كذب =١١ (م= ٥ ± ٧)

انبساط = ٣ (م=٤ ± ١٣)

**٣ - الاكتئاب**

| | | |
|---|---|---|
| مقياس D (من جيلفورد) | =٤٨ | ( مرتفع ) |
| بيك | = Beck ٤٠ | ( حاد ) |
| سبيلبرجر الصورة س-١ | =٦٤ | ( متوسط ) |
| الصورة س-٢ | =٦٠ | ( متوسط ) |

**الملاحظات السلوكية :**

أنثى فى الثامنة والثلاثين ، هادئة ، ومتعاونة ، ذات مزاج اكتئابى ، تواصلها البصرى جيد ، نقص فى التركيز ، متنبهة للزمان والمكان والأشخاص .

**التفسير :**

تشير نتائج أداء المفحوصة على المقاييس المستخدمة والملاحظات المختلفة الى أن المريضة تسلك بمستوى معرفى متوسط ، كما يشير الى ذلك أداؤها على المقاييس اللفظية والأدائية لاختبار وكسلر . ولاتوجد دلائل بناء على أدائها لتدهور عقلى ، حيث لايظهر أى تعارض دال على أدائها بين المقاييس المختلفة ، كما لايوجد تشتت واضح الانحراف فى أدائها ، غير أنه يلاحظ نقص واضح ( يصل لحوالى ٤و١ انحراف معيارى عن المتوسط ) فى قدرتها على التآزر النفسى الحركى ، ويحتمل أن يكون بطء المفحوصة هو التفسير لذلك .

وتشير نتائج أداء المفحوصة على مقاييس الشخصية الى مستوى مرتفع من الاكتئاب ، بالإضافة الى ارتفاع ملحوظ فى مستوى العصابية ، ومع ذلك فمستوى القلق غير مرتفع بصورة حادة .

ويكشف أداء المفحوصة بصفة عامة ، بالإضافة الى الملاحظات الإكلينيكية عن مزاج اكتئابى مصحوب بأفكار وسواسية قهرية ، ذات علاقة بفكرة الانتحار ، ويشبه أداء المفحوصة أداء المرضى أصحاب الاضطرابات الوجدانية .

**الخلاصة :**

أنثى ، فى الثامنة والثلاثين تعانى مزاجاً اكتئابياً ، لاتوجد دلائل على تدهور عقلى ، مع آفات نفسية حركية محدودة .

**التوصيات :**

يقترح إشراك المريضة فى برنامج تأهيلى جمعى ، وعدد من الأنشطة الاجتماعية ، وتدخل أسرى . بالإضافة الى توقع استجابة اكتئابها للعلاج المعرفى ، كما يقترح علاج وساوسها بأسلوب التعرض التخيلى ومنع الاستجابة .

**أخصائي نفسي أكلينيكي**

**(توقيع)**

# الفصل السابع

# التشخيص النفسى العصبى

## التشخيص النفسى العصبى

يتجه التشخيص النفسى والتشخيص النفسى الطبى ( السيكايتري ) الى التوصيف الظاهراتى للاضطرابات المختلفة التى يعانيها الفرد . ولا تتيح الإمكانات المتوافرة فى هذين النوعين من التشخيص التقدم نحو تحديد أسباب بنائية تقف خلف مثل هذه الاضطرابات أو أشكال الشذوذ المختلفة ، فى الوقت الذى لايمكن فيه إغفال دور البنية البيولوجية المعقدة المسئولة عن الحياة العقلية وإدارة الكيان البيولوجى بأكمله ، أى المخ . ويمكن هنا استخدام وجه للتشابه نستمده من الحواسب الإلكترونية المتقدمة وأدائها . فعادة مايستخدم الحاسب (الكمبيوتر) من خلال إمكانات وبرامج سابقة الإعداد، وهى عبارة عن حزم من البرمجيات التى تتوافر للوفاء بالاحتياجات المختلفة، وتعمل بطريقة نمطية وروتينية دقيقة ، ويمكن هنا مناظرة هذة البرامج بقوانين السلوك والتفكير . وتختلف النتائج والمخرجات من هذه البرامج بين مستخدم وآخر بناء على نوع المدخلات والأهداف الجزئية التى تستخدم هذه البرامج لتحقيقها، ويشبه الأمر هنا الاختلاف والتنوع فى سلوك الأفراد الذى يرجع الى الظروف الموقفية والتفرد والخصوصية . وعندما يحدث شذوذ أو خطأ فى نتائج معالجات الحاسب فإننا نتجه غالبا الى فحص المدخلات للتحقق من صحتها وطريقة إدخالها الى الحاسب ( وهو الأمر الذى يناظر فحص عمليات الإحساس المختلفة )، ثم نفحص طريقة معالجتها وفقا للخطوات النظامية الثابتة فى البرنامج(وهو ما يناظر

دراستنا للعمليات الإدراكية العليا من استدلال وترميز وتركيب وتحليل)، وأخيرا نفحص شكل النتائج والمخرجات وما حدث فيها ( وهو ما يناظر دراستنا لأنماط التعبير السلوكى ) . وذلك فى ضوء افتراض دقة وسلامة البرامج ( القوانين السلوكية) .

غير أنه لايمكن إغفال أن وراء كل هذه الجوانب بنية هندسية وإلكترونية ذات خصائص دقيقة ، هى التى يطلق عليها فى مجال الحواسب اسم البنية المادية[١] أو الإلكترونية والذى تؤدى أعطاله أو تلف إحدى شرائحه أو تعرضها لعطب الى اضطرابات وأعطال نوعية محددة ، وانتظام الأداء الخاص بالحاسب الآلى يقف وراءه انتظام البنية الإلكترونية وسلامتها؛ والتى يمكن تشبيهها هنا بدور المخ والجهاز العصبى فى الإنسان .

من هنا تبدو الحاجة ضرورية لفحص الارتباط بين بعض الاضطرابات السلوكية النوعية وبين أداء المخ ، كما تبدو الحاجة ملحة أيضا لتوفير إمكانية تشخيص أعطاب المخ من خلال انعكاسها على الأداء الظاهر الذى يقع تحت الملاحظة ، والتعرف على أشكال الاضطرابات السلوكية التى تنتج عن عطب معين ، وما إذا كان من الممكن – من خلال تحديد دقيق للاضطراب السلوكى–تحديد نوع وموضع الإصابة المخية . ولا يعنى هذا بالطبع أن الاضطرابات النفسية والعقلية جميعها وبلا استثناء لها أسباب عضوية محددة فى المخ ، وهذه هى حدود فهمنا لطبيعة هذه الاضطرابات حتى الوقت الراهن على الأقل .

يصنف هذا الاهتمام بكل توجهاته وأساليبه وفنياته فى مجال علم النفس العصبى[٢] ، وحيث نهتم هنا بالتشخيص أو التقييم النفسى العصبى أى الربط بين الاضطرابات السلوكية والمعرفية وبين الآفات والإصابات المختلفة فى المخ، ويتعين بداية التفرقة هنا بين علم الأعصاب[٣] وبين علم النفس العصبى .

**علم الأعصاب وعلم النفس العصبي**

علم الأعصاب فرع من فروع العلوم البيولوجية والطبية، ويختص بدراسة المخ

(1) Hardware
(2) Neuropsychology
(3) Neurology

وبنية الجهاز العصبى[1] تركيبه ووظائفه فى كل من حالات السواء والمرض، ويسمى الفرع الدقيق الذى يختص بتناول عمليات التشخيص والعلاج باسم علم الأعصاب الإكلينيكى [2] ، وهو يتناول وظائف الأنسجة العصبية المختلفة وانتظامها وآفاتها ، والإصابات الدماغية سواء الناتجة عن أسباب خارجية كالجروح والإصابات الصدمية والحوادث، أو الناتجة عن أسباب داخلية مثل أورام المخ ، وأمراض التدهور ، والاضطرابات الأيضية والهرمونية والتهابات المخ ، وآفات التغذية والتسمم .

أما علم النفس العصبى فيتناول المشكلات النفسية المرتبطة بمثل هذه الاختلالات البنائية ، والتى يمكن تصنيفها فى ثلاث فئات غير مستقلة تماما :

تضم الفئة الاولى الآفات التى تنتج مباشرة عن تلف الأنسجة العصبية ، مثال ذلك الافازيا أو الحبسة اللفظية[3] والابراكسيا أو فقدان التآزر الحركى[4] والقهرية أو انعدام الكبح[5]، وآفات الذاكرة والإهمال الطرفى .

وتتضمن الفئة الثانية المشكلات التى تظهر عادة بعد حدوث التلف المخى أو تترتب عليه، بما فى ذلك مشكلات الانتباه ، والخوف من العلاج الطبيعى ، والإكثار من الحديث لتجنب القيام بأنشطة معينة ، أو الترنح دون سبب لمجرد الحصول على مكاسب ثانوية .

وتختص الفئة الثالثة بالمشكلات التى تسبق أو تصاحب تلفاً عصبياً معيناً ، والتى لاتكون ناتجة عن فقدان لأنسجة معينة ، وإن كانت تؤثر سلبا فى مآل المرض ، وفى إعادة التأهيل ، من ذلك الميول العدوانية ، وظهور صعوبات عائلية ، أو التهابات المفاصل، أو السمنة أو غير ذلك (Wilson & Powell,1994).

**التشخيص العصبي والنفسي العصبي**

وبينما تقع هذه الفئات الثلاث فى مجال علم النفس العصبى وإمكاناته العلاجية

(1) Nervous system
(2) Clinical neurology
(3) Aphasia
(4) Apraxia
(5) Disinhibition

والتأهيلية ، إلا أن التقييم النفسى العصبى يقتصر على قضايا التشخيص. والذى يختلف عن التشخيص العصبى . حيث تتعلق إجراءات التشخيص الطبى العصبى بالمستوى الأدنى من جوانب العمليات المخية ، مثل النشاط الكهربائى الفسيولوجى للمخ(١) أو تصوير المخ(٢) ، وتتجه الاهتمامات فى مجال التشخيص النفسى العصبى الى ربط تجريبى بين أنماط محددة من عدم السواء فى المخ ، أو التلف فى بعض المناطق ، وبين عدد من أنماط الأداء الدقيقة على الاختبارات النفسية التى تتسم بالحساسية لمثل هذه الأنواع من التلف أو العطب . ويعد التقييم النفسى العصبى هو المنهج الوحيد الدقيق والموضوعى لتقييم المستويات العليا من الوظائف المخية (Re-itan & Wolfson,1997)، كما يلاحظ أيضا أنه بينما يعد كل من الفحص المقطعى بالكمبيوتر(٣) والتصوير بالرنين المغناطيسى(٤) مرتفعا الدقة والصحة ، ويمكن من خلالهما تحديد أنماط عدم السواء البنيوية فى المخ ، وتحديد المناطق المصابة بالتلف ، والتعرف على خصائص عدم السواء فى الأنسجة فى بعض الأمراض مثل التصلب المتعدد(٥) على سبيل المثال ، إلا أنه يلاحظ على الرغم من ذلك أن نتائج الفحص المقطعى أو التصوير بالرنين المغناطيسى تكون فى حدود السواء – فى أحيان كثيرة– فى بعض حالات الإصابة الدماغية الداخلية (٦) التى يحدث فيها تلف صغير فى الأوعية(٧) ، أو ثلم فى الخلايا العصبية(٨) على نطاق واسع، وهو الأمر الذى يعنى أن حساسية هذا النوع من الفحص العصبى للآفات(٩) البنيوية لا تمتد الى إمكانية تحديد آفات المستويات العليا فى الأداء المخى .

وقد ظهرت – من جانب آخر– حاجة ماسة لدراسة تفصيلية للارتباط بين هذه الإجراءات التصويرية ، ونتائج الاختبارات النفسية العصبية ، وأوضح هذا المنحى

---

(1) Electrophysiological manifestation
(2) Brain imaging
(3) Computed tomography(CT)
(4) Magnetic resonance imaging (MIR)
(5) Multiple sclerosis
(6) Closed head injuries
(7) Vasculars
(8) Neurons
(9) Lesions

الذى يربط بينهما بعلاقات مفيدة أشكال الشذوذ العصبى ، كما يكشف عنه التصوير بالبث بالبوزيترونات[1] ، والتصوير ببث فوتون مفرد[2] ، والفحص النفسى العصبى. (Reitan & Wolfson,1996) .

وقد برزت التطورات الحديثة فى التقييم النفسى العصبى من خلال منهج يجمع بين الملاحظة العصبية التقليدية ، وبين التجريبية الحديثة فى علم النفس المعرفى (McKenna & Warrington,1996) ، وأدى ذلك إلى تصميم بطاريات اختبارات ذات حساسية بالغة للآفات العصبية ، وعلى سبيل المثال كان الكثير من الإجراءات التى طورها هالستيد Halstead فى هذا المجال مختلفة عن الاجراءات السيكومترية التقليدية التى تستخدم فى تصميم الاختبارات ، فقد صمم اختباراته فى صورة تضعها بشكل أفضل فى سياق التجارب المقننة ، منها فى صورة اختبارات سيكومترية، وحيث تتطلب أن لا يقوم المفحوص بحل المشكلة فقط ، بل ودراستها ، وتحليل عناصرها الاساسية، ثم التقدم بعد ذلك نحو حلها (Reitan and Wolf- son,1996) .

يتجه الهدف الأولى من التشخيص النفسى العصبى إذن إلى تحديد ما إذا كانت مجموعة من درجات مقاييس معينة تتسم بالحساسية للآفات العصبية توحى بحالة مرضية فى المخ[3] . وعادة ما يتم التحقق من ذلك من خلال مقارنة أداء الشخص صاحب هذه الدرجات بالمعايير المقننة المستخلصة من عينات عصبية نمطية (Hea- ton et al ., 1996). والمهمة المباشرة للتقييم النفسى العصبى هى تحديد الفقدان الثانوى للوظيفة[4] الناجم عن تلف فى المخ ، وتتعدد أشكال هذا الفقدان للوظائف ، ومن أمثلته حالات العمه البصرى[5] أى عدم القدرة على التحديد البصرى للأشياء المعتادة على الرغم من سلامة عملية الإبصار ، والعمه الوجهى[6] أى فقدان القدرة على التعبير

---

(1) Positron-emission tomography(PET)
(2) Single-photon emission computed tomography(SPECT)
(3) Brain pathology
(4) Loss of secondary function
(5) Visual agnosia
(6) Facial apraxia

الوجهى النمطى والاتاكسيا واللذين عادة ما يكونان مصاحبين لشلل، واضطرابات اللغة والذاكرة وعدد آخر من الاضطرابات الحركية المختلفة.

وعند إجراء تقييم طبى لشخص ما بهدف علاج بعض الاضطرابات العصبية، يكون الأخصائى النفسى العصبى الإكلينيكى هو المسئول عن تقييم ما إذا كان المريض قد طرأ عليه ضعف وظيفى معين[1]، أو كان قد حدث له تغير فى الأداء السوى ، وذلك من خلال تفسير أداء هذا الفرد على الاختبارات ، ولمثل هذه الأحكام النفسية العصبية تأثيرات بالغة ، ليس فقط على علاج المريض ، بل وعلى أدائه العام ، واستقلاليته ، وقبوله للفرص المستقبلية والإمكانات المتاحة له والتى تتطلب درجات مختلفة من السواء النفسى العصبى .

ويتعين أن يلاحظ– من جانب آخر – أن إجراءات التشخيص النفسى العصبى لاتتعارض مع نتائج الفحوص الطبية العصبية ، أو تتنافس معها ، أو تعد بديلا عنها . فبالإضافة الى أن التحقق من صدق نتائج الاختبارات النفسية العصبية جاء فى أغلب الحالات من خلال الارتباط بينها وبين نتائج الفحوص الطبية فى دراسات معماه[2]، فإن نتائج الاختبارات النفسية تعد مصداقا للمؤشرات الأخرى الخاصة بالحالة البيولوجية للمخ ، وهى تتكامل مع هذه المؤشرات فى توفير المعلومات الضرورية الخاصة بالمريض ، كما أنها تمثل التقييم الملائم للجوانب المختلفة للمستويات العليا لأداء المخ .

**تصنيف الاختبارات الإكلينيكية**

يمكن تصنيف الاختبارات النفسية ذات الاستخدام الإكلينيكى، من خلال خصائصها التشخيصية وتوجهاتها، الى فئتين بارزتين :

**الفئة الأولى: الاختبارات النفسية المقننة**

تتضمن الفئة الأولى الاختبارات المقننة التى تعتمد على الحقائق الكلية للسلوك المعرفى[3] على امتداد أبعاد عريضة مثل الذكاء والشخصية ، وتقيس اختبارات هذه

(1) Impairment in function
(2) Blind clinical investigations
(3) Cognitive behavior

الفئة المهارات المعرفية والسلوكية[١] المختلفة ، وقد أدت النتائج التى توافرت من خلالها الى التعرف على كثير من الوظائف المعرفية والقوانين السلوكية بالإضافة الى أنماط عدم السواء التى تتضمنها ، ويناسب هذا النوع من الاختبارات مجتمعات الأسوياء ، سواء فى الدراسات الجمعية أو الفردية وتستمد معاييرها منها ، وإن كانت تستخدم بالطبع لأغراض إكلينيكية أيضا .

**الفئة الثانية :الاختبارات النفسية العصبية**

تشمل الفئة الثانية الاختبارات النفسية العصبية التى طورت نتيجة لفروض أولية أو أفكار مبكرة لأخصائيين نفسيين إكلينيكيين مبتكرين اتجهوا الى العمل على تحسين المنبهات الاختبارية التى يمكن من خلالها جمع عينات سلوكية ترتبط بصعوبات نوعية أكثر تحددا لدى فئات معينة من المرضى . وربما يدين هذا المنحى الأخير فى جانب كبير منه الى ملاحظات علماء الأعصاب والشواهد غير المبرهنة التى تبينوها دون إخضاعها لاختبارات تجريبية حقيقية . فعلى الرغم من استبصارات هؤلاء العلماء بمثل هذه المترتبات النفسية المهمة إلا أنهم لم يتمكنوا من إحداث تطور حقيقى فى المجال؛ نتيجة لعدم تضمن أساليبهم لاختبارات مقننة تستوفى الشروط المنهجية للتحقق منها ومن قابلية استنتاجاتهم للاستعادة مرة أخرى ، وهى المهمة التى عكف عليها بنجاح وحقق فيها الباحثون فى علم النفس العصبى نتائج مهمة .

**مناحي التشخيص النفسي العصبي**

يمكن رصد منحيين بارزين فى مجال استخدام الاختبارات النفسية الإكلينيكية، أو الاختبارات النفسية العصبية فى التشخيص ، وهو أمر لايختلف فى مجال التشخيص النفسى العصبى عما يلاحظ فى المجالات الإكلينيكية الأُخرى ، إلا أن الجدل حول أفضلية أى المنحيين مازال دائرا ويشغل اهتمام كثير من الباحثين (In-cagnoli et al ., 1986) . يطلق على المنحى الأول اسم المنحى الثابت[٢] ، بينما يطلق على المنحى الثانى اسم المنحى المرن[٣] .

---

(1) Cognitive and behavioral skills

(2) Fixed

(3) Flexible

### المنحى الثابت

يميل بعض الأخصائيين النفسيين العصبيين لاستخدام بطارية روتينية مقننة تتضمن مجموعة ثابتة ومتكاملة من الاختبارات يتم استخدامها فى فحص كل المرضى على السواء دون اعتبار للمشكلة المقدمة ، لكى ينتهى الفاحص منها ببروفيل عريض يمكن أن يتقدم منه بعد ذلك الى مستوى تشخيصى أكثر تحديدا ، ولهذا المنحى المحدد أو الثابت بعض المزايا التى تتمثل فى توفيره لنمط مقنن من المعلومات الإكلينيكية عن كل مريض بما يسمح بتشخيص شامل لتنوع ثرى من أشكال عدم السواء ذات العلاقة بوظائف المخ (Horton,1997; Horton & Wed-ding,1984) ، كما يوفر هذا المنحى بالإضافة الى ذلك وعاء جيدا من البيانات للأغراض البحثية . والميزة الجوهرية لهذا المنحى الثابت هى استخدامه بطاريات تم التحقق من صدقها من خلال بحوث شاملة أجريت على آلاف المرضى ، ويتفق عليها آلاف الأخصائيين النفسيين حول العالم (Reitan & Wolfson,1996)، غير أن هناك بعض العيوب فى هذا المنحى فهو من ناحية مستهلك للوقت ، كما يمكن أن يؤدى الى توفر بيانات غير ضرورية قد تربك الأخصائى الإكلينيكى وتحد من خياله، أو تقلص من إمكاناته فى فحص مجالات لم يتم تقييمها بطريقة صحيحة باستخدام بطارية روتينية ثابتة (Horton, 1997) .

### المنحى المرن

يتجه هذا المنحى بشكل مباشر الى المشكلة التى تتضمنها الإحالة الخاصة بالمريض ، وما قد يلاحظه الأخصائى النفسى العصبى من اختلالات ذات علاقة ، ولهذا السبب يطلق أحيانا على اختبارات هذا المنحى اسم البطاريات ذات التوجه نحو الأعراض[١] وحيث تختار فيه الاختبارات والمقاييس الأكثر ملاءمة لفحص الوظائف المعينة، بقدر أكبر من العمق والتفصيل . والميزة الأساسية فى هذا المنحى هى إتاحته الفرصة لتركيز اهتمام الفاحص على أنماط محددة من عدم السواء للكشف التفصيلى الدقيق عن خصائصها ، دون أن ينشغل بالحصول على تقديرات لمجالات لاتتضمن

(1) Symptom oriented batteries

آية آفات. وقد يكون الاختلاف الأساسى بين البطاريات الثابتة والبطاريات المرنة هو أن هذه الأخيرة ونتيجة لقيامها على أسس فردية لم تقيم على الإطلاق فى البحوث، أو قيمت – على أكثر تقدير– من خلال اتفاق باحثين نفسيين حول نتائجها. ويرى ريتان وولفسون (Reitan & Wolfson,1996) أن البطاريات المرنة تميل لتجاهل المفهوم الحقيقى لبطاريات الاختبارات التى تصمم لتقييم أداء المخ الانسانى، وهو الأداء الذى يعتمد على محكات صدق دقيقة، ولهذا يتعين تسمية البطاريات الثابتة باسم البطاريات محققة الصدق[١]، والبطاريات المرنة باسم البطاريات الموقفية أو المشكلة عرضا[٢] دون حساب صدقها بشكل دقيق، والتى يمكن أن تستخدم فى بعض الأحيان لتشخيص حالة مرضية مفردة، مثل ورم مخى ناتج عن إصابة أو أمراض فى الأوردة المخية .

غير أنه يمكن النظر _من ناحية أخرى _الى البطاريات المرنة بوصفها توفر إجراء تقييميا مرحليا، فهى تتضمن غالبا اختبارات تستخدم لفحص آفات نوعية محددة قد تتسق مع شكوى المريض، وبالتالى يمكن استخدامها للتأكد من التشخيص الذاتى[٣] الذى يقوم به المريض لنفسه، على أن يلى ذلك استخدام البطاريات الثابتة أو أجزاء منها . غير أن صعوبة أخرى قد تنشأ فى وجه هذه الميزة التى توفرها الاختبارات المرنة، فإذا كان المريض غير قادر على تقديم تشخيص ذاتى صحيح، فإن استخدام البطاريات المرنة قد لا يؤدى الى التعرف بنجاح على المجالات الجوهرية للاختلالات المخية وتقييمها .

**أدوات التشخيص النفسى العصبى**

يعود السبب الرئيس فى تطوير بطاريات التشخيص النفسى العصبى الى الحاجة لأدوات حساسة للمتغيرات العصبية فى مقابل المتغيرات السلوكية، فرغم ماهو معروف عن تأثير عوامل مثل العمر والتعليم والشخصية والوضع الاجتماعى الاقتصادى والمهارات المهنية والتاريخ الطبى على الأداء على الاختبارات، إلا أن

(1) Validated batteries
(2) Casually
(3) Self-diagnosis

الانشغال الأساسى لدى أخصائيى علم النفس العصبى يتجه الى التعرف على جوانب الأداء النفسى التى ترتبط أوليا بالتكامل العضوى فى لحاء المخ[1] أو الحالة العضوية للمخ البشرى .

وتتوافر مجموعة من البطاريات النفسية العصبية ، والاختبارات المفردة التى تستخدم فى المجال وفق هذا الهدف لأغراض إكلينيكية محددة ، وتختلف هذه الاختبارات فيما بينها وفق أسس متعددة ، غير أنها تتفق جميعها فى أنها تتيح الفرصة للأخصائى الإكلينيكى لتشخيص استراتيجية المفحوص فى الإجابة ، ونمط الأخطاء التى يقع فيها والتمييز بين طبيعة كل خطأ وآخر ، والدلالة النفسية العصبية لهذه الأخطاء ، من حيث إشارتها لخلل محدد فى المخ . ويرى جولدشتين (Gold-stein,1942 ,a,b) أن أساليب حل المشكلات التى يستخدمها الأشخاص ذوو التلف المخى تختلف عن الأساليب التى يستخدمها الأشخاص ذوو الأداء المخى السوى، وأن القيمة الأساسية للاختبارات النفسية العصبية تتمثل فى الواقع فى ملاحظة وتسجيل خطوات وإجراءات وأخطاء المريض خلال إجابته على الاختبار وليس مجرد الحصول على درجة كلية على الاختبار، ذلك أن العمليات التى يحقق بها الفرد الدرجة الكلية ، وليس الدرجة الكلية ذاتها، هى صاحبة الأهمية الجوهرية على وجه الخصوص .

**الاختبارات النفسية العصبية**

قام هارتليج ودى فيلبس (Hartlage & De Filipis,1983) بمسح شامل عام ١٩٨٠ لكل الأخصائيين النفسيين العصبيين المسجلين فى الأكاديمية الوطنية لعلماء النفس العصبيين فى الولايات المتحدة ، وكل أعضاء قسم علم النفس العصبى فى جمعية علم النفس الأمريكية للتعرف على أى البطاريات والاختبارات النفسية العصبية هى الأكثر استخداما وشيوعا فى الخدمة الإكلينيكية، وقد أظهرت النتائج الآتى :

٨٩٪ يستخدمون مقياس وكسلر للذكاء .

٥٦٪ يستخدمون أجزاء ( وليس كل ) من بطارية هالستيد – ريتان .

---

(1) Cerebral Cortex

٤٩ ٪ يستخدمون أختبار بندر – جشطالت .

٣٨ ٪ يستخدمون بطارية هالستيد – ريتان كاملة .

٣٢ ٪ يستخدمون اختبار بنتون للاحتفاظ البصرى .

٣١ ٪ يستخدمون بطارية لوريا – نبراسكا .

كما أظهرت دراسة أمريكية قومية أخرى أحدث، حول تفضيلات الأخصائيين النفسيين العصبيين بين بطاريتى هالستيد – ريتان ، ولوريا – نبراسكا ، أنه من بين الأخصائيين النفسيين الذين تدربوا على البطاريتين فضل ٥١ ٪ منهم استخدام بطارية هالستيد – ريتان ، وفضل ٢٣ ٪ منهم استخدام بطارية لوريا – نبراسكا ، ولم يفضل ٢٦ ٪ منهم بطارية على الأخرى . وكان الأخصائيون النفسيون الذين فضلوا بطارية هالستيد– ريتان أميل لتكريس القدر الأكبر من وقتهم المهنى لعلم النفس العصبى ، ويقومون بقدر كبير من التقييم النفسى العصبى الشرعى ، ويستخدمون قدرا أكبر من الاختبارات الإضافية ، ويرجع السبب الرئيس لتفضيلهم لهذه البطارية الى توافر قاعدة بيانات معيارية متفوقة عنها ، إضافة الى الحجم المتنامى من البحوث حول الأداء عليها ، وقد اعتبرت بطارية هالستيد – ريتان الأكثر شمولا ، والأعلى صدقا ، والفائقة الحساسية للكثير من الآفات المعقدة (Guilmette & Faust, 1991).

ولا تمثل هذه المجموعة من البطاريات والاختبارات حصرا كاملا للأدوات المستخدمة فى التشخيص النفسى العصبى ، من ذلك مثلا أن مركز بوسطن النفسى العصبى يستخدم المصفوفات المتدرجة لريفن (Reven,1960) ، واختبار شبلى المعيشى (Shipley,1940) ، واختبار ويسكونسن للتصنيف (Grant & Berg,1948) ، واختبار جورهام للأمثال (Gorham,1956) ، واختبار فيلدمان ودراسجو البصرى اللفظى (Feldman & Drasgow,1960) وذلك لدراسة الوظائف العقلية وتكوين المفاهيم ، بينما يستخدم اختبار كاليفورنيا للتعلم اللفظى (Delis et al ., 1987) واختبار رى – أوستريث للأشكال المعقدة (Ostrreith & Rey, 1944) ، بالإضافة الى اختبارات بنتون ووكسلر للذاكرة ، ووكسلر المعدل النفسى العصبى.

ويعد هذا الاختبار الأخير واحدا من أكثر الاختبارات استخداما فى التشخيص النفسى العصبى ، كما أن بعض اختباراته كانت أساسا لبطارية هالستيد – ريتان . وتختلف الاستخدامات والدلالات المستخلصة من الصورة المقننة لاختبار وكسلر لذكاء الراشدين عن الصورة المعدلة التى أعدتها كابلان وزملاؤها (Kaplan et al 1991.,) للاستخدام الإكلينيكى ، والمعروفة باسم اختبار وكسلر المعدل للراشدين – كأداة نفسية عصبية، وتعتمد هذه الصورة فى القدر الغالب منها على التعديل الذى قامت به كابلان وموريس (Kaplan & Morris, 1985) .

ونعرض فيما يلى لنماذج لأكثر هذه الاختبارات استخداما فى هذا المجال ، مع الإشارة الى الدلالات النفسية العصبية التى تستخلص منها ، ومدى ما يمكن أن تكشف عنه من آفات فى المخ ، وقدرة البعض منها على تحديد موضع مثل هذه الآفات . على أنه يتعين أن يلاحظ هنا التحفظات السيكومترية المعتادة المتعلقة باستخدام المقاييس ، بمعنى أن القدر المحدود من المعلومات الذى يقدم هنا لا يعد كافيا للاعتماد عليه كلية للقيام بتشخيص نفسى عصبى باستخدام هذه الأدوات أو حسن تفسير النتائج المستخلصة منها، حيث من الضرورى أن يتزود الأخصائى الإكلينيكى بدراسة وافية لبنية المخ والوظائف المخية المختلفة وطبيعة الآفات المخية حتى يمكنه الإفادة من وسائل التشخيص النفسية العصبية بصورة علمية مقبولة.

**وكسلر المعدل للراشدين ( الصورة النفس- عصبية) (١)**

كان القدر الأكبر من التعديلات– سواء فى البنود أو طريقة التطبيق الذى استحدث فى هذه الصورة –من نصيب الاختبارات الأدائية ، وهى الاختبارات التى تتيح أكثر من غيرها إمكانية ملاحظة سلوك المفحوص فى سعيه نحو الوصول الى الحل الصحيح ، وملاحظة أنماط الأخطاء التى يقع فيها ، على العكس من الاختبارات اللفظية التى لاتتيح عمليات التفكير الصامت أثناء العمل فى الإجابة عليها إمكانية تتبع

---

* ننصح القارئ المهتم بالرجوع الى الفصلين الرابع والثلاثين والخامس والثلاثين مقدمة في علم النفس العصبي والتقييم النفسي العصبي ، المشكلات العصبية : العلاج وأعادة التاهيل في كتاب بول وليدزي ( محرران ) : مرجع في علم النفس الاكلينيكي للراشدين . ترجمة صفوت فرج ، الانجلو المصرية ،٢٠٠٠

(1) Weschsler Adult Intelligence Scale- Revised as a neuropsychological instrument (WAIS-R NI)

استراتيجية المريض فى الوصول الى الاستجابة ، والمراحل التى تتضمنها هذه العمليات . غير أنه يلاحظ على الرغم من ذلك أن الأداء على الاختبارات اللفظية يتميز بأنه يوفر إمكانية تحليل شكل ومضمون حديث المريض وطريقة استخدامه للغة، وما قد يتضمنه هذا الاستخدام من صعوبات معينة ، مثل فساد النطق(١) والذى ينتج عن آفة مخية ، أو اضطراب فى المخيخ ، وقصور ذاتى(٢) فى الحديث ، بالإضافة الى عدم القدرة على تعديل نبرات الصوت أو التنغيم(٣) ، أو عدم الترابط، والإبهام(٤) ، وتعثر إيجاد الكلمة(٥) والحشو أو التزيد(٦) ، والإطناب(٧) والعرضية فى الحديث(٨) والتكرارية(٩) .

ويتجه التفكير الأساسى فى أغلب الأحيان لا إلى تفسير الدرجة الكلية بل الى فحص تشتت الدرجات التى يحصل عليها المفحوص فى الاختبارات اللفظية نتيجة لترتيب البنود فى هذه المقاييس وفقا لمستوى صعوبتها ، ونتيجة لحصول المرضى فى المجموعات الإكلينيكية المختلفة على درجات كلية متقاربة .

**الدلالات النفس - عصبية لوكسلر للراشدين**

يمكن الخروج بدلالات إكلينيكية نفس- عصبية من المقاييس اللفظية الفرعية لوكسلر على الوجه الآتى :

**اختبار المعلومات**

تعكس خصائص الأداء على هذا الاختبار الصعوبات المتعلقة باسترجاع المعلومات من الذاكرة البعيدة ، والذى يظهر من خلال النجاح فى استرجاع المعلومات الأكثر صعوبة والفشل فى استرجاع المعلومات الأسهل . وعندما يكون فى الإمكان استبعاد عامل صعوبة استخدام اللغة ، تصبح المشكلة مقتصرة على التذكر

---
(1) Dysarthria
(2) Perseveration
(3) Dysprosody
(4) Orgrammatism
(5) Word finding problems
(6) Paraphasias
(7) Circumstantial
(8) Tangential
(9) Circumlocutory

البعيد . ويتعين ملاحظة أن الفشل فى الإجابة يحتمل تفسيرات متعددة، من ذلك أن صعوبة استرجاع المعلومات قد تكون ناتجة فى حقيقة الأمر عن عدم تعلم على الإطلاق ، أو أن الإفراط فى تلقى المعلومات لم يكن متاحا ، أو لوجود آفة فى استرجاع معلومات مجال نوعى معين من المجالات التى يتضمنها المقياس كالمعلومات العددية أو الجغرافية أو العلمية أو الأدبية مثلا . وأحيانا ما تظهر هذه الصعوبة النوعية لدى المرضى من أصحاب الاختلالات الوظيفية، وليس الاختلالات المخية . كما يلاحظ من ناحية أخرى تأثير بعض الاضطرابات العصبية على الأداء على هذا الاختبار، من ذلك تأثير اضطرابات الانتباه[١] وصرع الفص الجبهى[٢] على الانتباه وتشتته بصورة يمكن أن تؤدى الى عجز محدود فى الدرجة على الاختبار (Milberg et al ., 1980) .

ويقدم المرضى المكتئبون إكلينيكيا ، وكذلك أصحاب الإصابات الدماغية[٣] الحد الأدنى من الإجابة على هذا الاختبار . وعندما تقدم البنود ليختار المفحوص الإجابة الصحيحة من بين عدد من البدائل[٤] يلاحظ تحسن ظاهر بقدر جوهرى فى مستوى الأداء لدى هاتين الفئتين الأخيرتين من المرضى ، حيث يؤدى هذا الإجراء الى خفض متطلبات العمليات العقلية النشطة لاستعادة المعلومات, Joy et al.) (1992 . كما يؤدى تقديم البنود بأسلوب العرض البصرى الى الإقلال من تأثير عدم الانتباه[٥]، ونقص حدة السمع ، أو مشكلات الفهم ، وحيث يتم تقليص المهمة فى هذا الإجراء لتصبح مهمة تعرف فقط ، بما يوفر تقييما أفضل لرصيد المعلومات التى يحتفظ بها الفرد.

---

(1) Attention deficit disorder (ADD)
(2) Temporal lobe epilepsy
(3) Head injury
(4) Multiple choice
(5) Inattention

**اختبار الفهم**

يتسم هذا الاختبار بقدر كبير من الثراء، فالإجابة عليه تكشف الاحتمالات الخاصة باضطرابات التفكير[١] مثل العيانية ، ونقص المثابرة ، والترابطات المتقطعة[٢] . كما يكشف أيضا عن آفات محددة فى معلومات المريض فى المجالات المتنوعة التى تتضمنها بنوده، من ذلك : السلوك الشخصى والاجتماعى ، والمعلومات العامة والالتزامات الاجتماعية .

وتؤدى الأسئلة الأكثر طولا التى تتطلب انتباها ومتابعة من المريض حتى يتمكن من الإجابة عليها الى الكشف عن المدى المنخفض من الفهم والانتباه، وعندما يكون هناك شك فى احتمال معاناة المريض من هذه المشكلة ، فيمكن اختبارها من خلال تقديم كل الأسئلة الخاصة بالأمثال[٣]مثلا بطريقة بصرية، كما تتاح لهذا الاختبار صورة للإجابة من اختيارات متعددة . وقد اختيرت التعديلات فى هذه المهام الاختبارية لهذا الاختبار ، ولكل الاختبارات الفرعية الأخرى فى وكسلر (النفسى– العصبى ) بعناية لتوفر معلومات ومزايا تتعلق بالمشكلات الكامنة التى يمكن أن توجد لدى المرضى (Kaplan et al., 1991) .

**اختبار الحساب**

يكشف الأداء على هذا الاختبار عن العوامل المختلفة التى يمكن أن تؤدى الى إضعاف قدرة المفحوص على حل المشكلات الحسابية . من ذلك أن المرضى الذين يعانون فى المدى القصير من الانتباه يتحسن أدائهم عندما تقدم لهم بنود الاختبار من خلال عرض بصرى بدلا من العرض السمعى للمشكلات التى لاينجحون فيها ، ويؤدى هذا الاسلوب الى التمييز بين آفات القدرة على التعرف على المشكلة على حدة وآفات حلها على حدة، وبين مشكلات الذاكرة القصيرة وقد تكون المشكلة الحقيقية هى نقص قدرة المريض على تحويل المشكلات اللفظية الى صياغات حسابية ، وهو أمر

---

(1) Thinking disorders
(2) Disturbed associations
(3) Proverbs

يمكن اختباره من خلال تمكين المفحوص من معالجة البنود باستخدام ورقة وقلم. وبهذا التدرج التجريبى فى الظروف التى يقوم المريض خلالها بالاستجابة الى المهمة الأساسية فى الاختبار يمكن التوصل الى تحديد دقيق لطبيعة المشكلات التى تؤثر فى القدرة الحسابية لديه . يمكن أيضا من خلال فحص الصياغات التحريرية للمريض التمييز بين الأخطاء التى ترجع إلى عدم القدرة على ترتيب البيانات الحسابية (وضعها فى صفوف أو أعمدة ) ، والأخطاء أو المشكلات الثانوية المتعلقة بالعجز فى الوظائف الحسابية فى ذاتها ، وتلك التى ترجع الى ترتيب سلسلة العمليات الحسابية .

يمكن ، من جانب آخر ، تحليل الأخطاء على هذا الاختبار لمعرفة كيف توصل المريض الى إجابة معينة ، وقد ترجع المشكلة التى تظهر من هذا التحليل الى أن المريض يسلك بصورة قهرية فى تعامله مع الأعداد دون اعتبار لمضمون المشكلة ، أو نتيجة لتقيده بالمنبه فى محاولة لتبسيط المشكلة متعددة الخطوات . أو عندما يكون مشتتا بالأعداد نفسها على حساب إجراء العمليات الحسابية المطلوبة . ولقصر الأداء على المشكلة الحسابية دون غيرها تقدم صورة الاختبار الخاصة بالتقييم النفسى العصبى فى شكل كتيب للإجابة .

**اختبار المتشابهات**

يكشف هذا الاختبار عن المشكلات الخاصة بالآفات المتعلقة بالتفكير التجريدى لدى المريض . ويظهر المرضى أنواعاً مختلفة من الأخطاء على هذا الاختبار ، من ذلك الإجابات العيانية التى تربط بين الكلمتين فى البند دون أن يتضمن هذا الربط الفئة المجردة التى يصنفان فيها ، وبالإضافة الى هذه العيانية[1] فى الإجابة قد يكشف المريض عن قدرة على تقديم تعريفات فقط للكلمات التى يتضمنها المنبه دون الربط بينهما ، وقد يقدم إجابة متعلقة بكلمة واحدة فى كل زوج من الكلمات ، أو يصف الفرق بين كل كلمتين متجاهلا المطلب الأساسى وهو تقديم وجه التشابه المجرد بينهما. وتؤدى الصورة المعدلة التى تتضمن تقديم الاختبار للإجابة عليه من خلال اختيارات متعددة الى الحد من الصعوبات المتعددة التى يعانيها المرضى، مثل

---
(1) Concreteness

صعوبة تحديد التشابه بين كلمتى البند ، أو الصعوبة التى توجد لدى البعض فى صياغة الإجابة أو توضيحها، أو الذين يميلون بالاستجابة بكلمة (لاأعرف) ، وبما يؤدى الى إيضاح طبيعة المشكلات المعرفية الكامنة لديهم .

**مدى الأرقام**

يميز الأسلوب المعدل لتطبيق هذا الاختبار بين مهارتين مختلفتين : فهم المريض للأرقام ، وعدد الأرقام التى يتمكن من استعادتها من ناحية ، ونوع الأخطاء التى يقع فيها عند الاستعادة ، وعلى هذا يسمح للمريض بالاستمرار فى السلاسل المتتالية عندما يكون قادرا على ترديد كل الأرقام بالرغم من الأخطاء فى نظام الترديد، وذلك على خلاف الأسلوب الأصلى المقنن للاختبار الذى يتطلب وقف تقديم البنود بعد الفشل فى محاولتين متتابعتين . ويمكن الحصول على تقديرين لأداء المفحوص على كل من الاستعادة المباشرة والاستعادة العكسية يعكسان التذكر السليم ، أى بنفس نظام الأرقام المطلوب ، واستعادة الأرقام دون اعتبار للترتيب . ويستطيع الفاحص ملاحظة بعض الآفات التى تتدخل فى الأداء على هذا الاختبار، من ذلك قذف المفحوص للأرقام فى مجموعات يتكون كل منها من رقمين أو ثلاثة ، أو فى صورة أعداد متصاعدة ، أو بصورة قهرية سريعة قبل أن ينتهى الفاحص من تقديم السلسلة ، أو أن يعيد المريض سلسلة الرموز بمعدل شديد السرعة .

اختلاف آخر عن الأسلوب المقنن لتقديم الاختبار يتمثل فى عدم الالتزام بالأوزان المتساوية التى تمنح لكل الإجابات الصحيحة فى الاستعادة المباشرة والاستعادة العكسية . ويرجع ذلك لما لوحظ من عدم ارتباط بين إمكانية الاستعادة المباشرة والعكسية لدى مرضى الاختلالات المخية (Lezak,1995) ، إذ يبدو أن الاستعادة المباشرة للأرقام تتطلب إمكانية الاحتفاظ المختصر بأجزاء متعددة من المعلومات البسيطة فى الذاكرة القصيرة ، ويمكن فهم الطبيعة الأولية لهذه العملية من خلال ما يكشف عنه المرضى ذوو فقدان الذاكرة الحاد من أداء سوى على الاختبار، والذى قد يكون أعلى من المعتاد أحيانا (Butters & Cermak,1980) ، وذلك على العكس من الاستعادة العكسية التى تتطلب مهام أخرى أبعد غورا فى الذاكرة العاملة؛

بما فى ذلك بعض العمليات المعرفية. ويمكن التحقق من الفروق بين النوعين من الآفات؛ من خلال تدريب المريض على سلاسل من الأرقام عدة مرات ، أو من خلال تقديم البنود بصريا مع قراءه الأرقام عكسيا على التتابع . ويلاحظ أن الاستعادة العكسية أكثر حساسية للاختلالات المخية من الاستعادة المباشرة ، وبصفة عامة فإن الاستعادة المباشرة عادة ما تساوى أو تفضل الاستعادة العكسية .

يمكن أيضا تحليل طبيعة الأخطاء التى تحدث عند استعادة السلاسل، من ذلك أخطاء إهمال رقم أو إضافة رقم ، أو إحلال رقم بدل آخر ، وما إذا كانت هذه الأخطاء تحدث فى بداية السَلسلة أو فى نهايتها، ودلالة ذلك فيما يتعلق بالاستهداف للتأثيرات الدخيلة (سواء التالية أو السابقة ) .

**المدى المكانى**

يتضمن اختبار وكسلر المعدل للراشدين ( التعديل النفسى العصبى ) اختبارا للمدى المكانى(١) عبارة عن نسخة يدوية بصرية لاختبار مدى الأرقام ، وهو يصحح بالطريقة نفسها التى يصحح بها اختبار مدى الأرقام ، بالإضافة الى مزاياه التى تتيح تحليل الأنماط المختلفة من الأخطاء التى سبق الإشارة اليها ، ويوفر الأداء على هذا الاختبار دلائل على نوع الأخطاء الطرفية وما إذا كانت تتعلق بالمدى البصرى الأيمن أم الأيسر .

**المفردات**

يشترك هذا الاختبار مع كل من اختبارى المعلومات والفهم فى قياسه رصيد المريض من المعلومات ، ويرتبط الأداء عليه بالتعليم وبالوضع الاجتماعى والاقتصادى والخبرات المختلفة لدى المريض، بما فى ذلك الخبرات الوظيفية والمهنية. ودائما ما يعد الأداء على هذا الاختبار أفضل مؤشر مفرد للذكاء العام ، ويلاحظ أنه أقل الاختبارات تأثرا بآفات الجهاز العصبى المركزى(٢)، فيما عدا تأثره بالتلف المتضمن بشكل مباشر فى المناطق اللحائية وتحت اللحائية للغة .

(1) Spatial span
(2) Central nervous system(CNS)

ويتمثل التعديل الأساسى لهذا الاختبار فى تقديم بنوده مطبوعة بصورة مكبرة بهدف تجنب الاضطرابات البصرية التى يمكن أن تتدخل فى الأداء على الاختبار فى صورته الأصلية المقننة ، وبهدف تمكين المريض من التركيز وحمايته من التشتت عندما تكون الكلمات غير ظاهرة بين كلمات أخرى فى القائمة . ويكشف الاختبار عن أنواع مختلفة من الأخطاء ، من ذلك أن الشخص قد يعرف الكلمة بعكسها ، وهى الظاهرة التى تلاحظ لدى الفئة من المرضى أصحاب التاريخ الخاص بإعاقات التعلم الارتقائية ، وقد يقدم المريض الذى تشتته الخصائص الصوتية أو الإدراكية للمنبه تداعيات لفظية . وحتى إجابات المريض التى يستخدم فيها أمثلة وتستوفى الدرجة الكاملة على البند يمكن أن تكشف عن بعض الآفات فى الجهاز العصبى المركزى عندما تعكس عدم قدرته على الابتعاد عن المنبه . ويمكن أيضا تقديم الاختبار فى شكل اختيارات متعددة ، يختار المفحوص من بينها الإجابة الصحيحة ، ويؤدى هذا الاستخدام لإمكان تحديد ما إذا كان المريض مازال يعرف معنى الكلمة أم لا، وإن كان غير قادر وقت الاختبار على استعادة الكلمة ليعبر بها بشكل مناسب عن معرفته للمعنى الصحيح. وعلى ذلك يمكن استخدام هذه الصورة المعدلة من اختبار المفردات بشكل يتسم بالكفاءة لتقييم مستوى ذكاء المفحوص قبل المرض .

**رموز الأرقام**

اتجهت التعديلات التى أدخلت على هذا الاختبار الى طريقة التطبيق، بحيث أصبح مطلوبا من الفاحص أن يلاحظ أداء المفحوص . وتقسم فترة التطبيق المعيارية وقدرها ٩٠ ثانية الى ثلاث فترات، بأن يضع الفاحص علامة على آخر بند وصل اليه المفحوص بعد كل ٣٠ ثانية ، وعلى أن يسمح للمفحوص بالاستمرار فى الأداء بعد ال٩٠ ثانية حتى يتمكن من إكمال ثلاثة صفوف كاملة ( وبذلك يكون قد حاول كل رموز الاختبار ) ما لم يكن قد أكمل الصفوف الثلاثة خلال ال٩٠ ثانية المخصصة أصلا للاختبار . ويسمح هذا التقسيم لوقت الأداء بإجراء تحليل للتغيرات التى قد تظهر خلال الأداء عبر الوقت فى معدلات نسخ الرموز ، والتى قد تكون مؤشرا على التعب أو تأثير التدريب ، أما السماح باستمرار المفحوص حتى يكمل

الصفوف الثلاثة الأولى فيؤدى الى تساوى خبرة المفحوص فى كل بنود الاختبار بما يسمح بالانتقال للمرحلة التالية فى التطبيق والتى يقدم فيها للمفحوص الصف الأخير فقط وبدون المفتاح ، ويطلب منه كتابة رموز كل رقم ، ثم يطلب منه بعد ذلك كتابة كل الرموز التى يتذكرها بأى ترتيب ، ويسمح قياس أزواج الرموز الصحيحة والاستدعاء الحر لها بفحص مقدار التعلم العرضى الذى حدث أثناء الاختبار ، بالإضافة الى السرعة الحركية .

كما يظهر فحص شكل الرموز التى قدمها المريض عددا من المؤشرات المهمة من ذلك هل حدث فيها تدوير[١] ، هل قلب أعلاها الى أسفلها ، أو حولت إدراكيا الى حروف متشابهة ، هل قدم المريض حروفا مصغرة أم مكبرة ، هل استخدم المفحوص المربع المخصص للإجابة كجزء من الرمز ، أى انجذب نحو أطراف المربع ، هل يقوم باستبدالات خاطئة بشكل متسق ، أو يتخطى بعض المسافات أو الخطوط أثناء عمله . وتساعد كل هذه الخصائص على تحديد الصعوبات المعرفية لدى المريض . وقد تساعد أيضا على تحديد موضع الآفة المرضية، من ذلك ما لوحظ من أن القلب المنظم[٢] للرموز لكى تشبه الحروف الأبجدية( مثل حرف Vوحرف T) يمكن أن يرتبط بآفات فى السطح الظهرى الطرفى[٣] للفص الجبهى الأيمن ، بينما الاحتمال الأكبر أن تكون الآفة فى الفصوص الجبهية الطرفية عندما يكون المريض مقيدا بالمنبه فى أدائه (Kaplan et al .,1991) .

تغيير أساسى آخر استحدث على هذا الاختبار هو إضافة تسمى نقل الرموز[٤] وتشبه الصورة المستخدمة الصورة الأصلية للاختبار فيما عدا أنها غير مصحوبة بمفتاح ، ويطلب من المفحوص فيها نقل كل رمز فى مكانه تحت الرمز مباشرة على امتداد ثلاث فترات متتابعة ومتصلة طول كل منها ٣٠ ثانية ، وتميز هذه الصورة بين السرعة الحركية فى الأداء وبين مهارة تعلم الرموز، وهو تمييز مهم بالنسبة

(1) Rotation
(2) Systematic inversion
(3) Dorsolateral surface
(4) Symbol copy

للمرضى المسنين الذين يتسمون بالبطء الحركى ، الذى يؤدى الى التباس تفسير أدائهم على الاختبار ، ويعزو جوى وزملاؤه (Joy et al ., 1992) 70% من التباين فى أداء المسنين المقيمين فى مجتمعهم بين عمر ٥٠ ، ٨٩ عاما الى البطء الحركى ، كما تبين عدم وجود ارتباط بين استعادة أزواج الأرقام / الرموز والاستدعاء الحر للرموز ، كما كان هناك انخفاض ملحوظ فى التعلم العرضى للأزواج مع التقدم فى العمر ، بينما لم يتأثر عدد الرموز التى تستعاد أو تتذكر بالعمر.

**تكميل الصور**

يكشف الأداء على هذا الاختبار عن عدد من الصعوبات النفسية العصبية المهمة، حيث تشير عدم القدرة الكاملة على تحديد المنبه الى العمه البصرى(١)، إذا استبعدنا الاحتمالات الخاصة بالمشكلات البصرية الأولية أو المشكلات البصرية الثانوية التنظيمية. وقد يكشف المريض عن صعوبة فى تحديد الخصائص الناقصة، دون أن يعانى صعوبة عندما تكون الخاصية المهمة متعلقة بمحيط الشكل ، أو تظهر الصعوبة عندما يكون المطلوب القيام باستدلالات تعتمد على المعلومات المتعلقة بالشيء، أو الاستدلالات القائمة على معلومات حول طبيعة الأحداث المتضمنة فى المنبه .

كما قد تكون الصعوبة فى القيام بترتيب متدرج(٢) للتفاصيل الناقصة . ويسمح الأداء أيضا بتحليل الأخطاء المتعلقة بما إذا كان الجزء الناقص على الجانب الأيمن أم الأيسر من الصورة .

**تصميم المكعبات**

يوفر هذا الاختبار إمكانية جيدة لملاحظة استراتيجية المريض فى حله للمشكلات وتقييم خطواته المختلفة . والإضافة التى أدخلت على الاختبار تتمثل فى استخدام مخطط بيانى(٣) يسجل الفاحص عليه بدقة العمليات التى يقوم بها المريض خلال عمله على تصميم معين بدأ من الآتى :

---
(1) Visual agnosia
(3) Hierarchy
(3) Flow chart

١) ملاحظة التربيعة[1] التي يضعها المفحوص ليبدأ بها تصميمه .

٢) الاتجاهات المختلفة لليدين في العمل من اليسار الى اليمين أو العكس ومن أعلى الى أسفل .

٣) ما إذا كان المريض يقوم بتدوير المكعبات وهي في مكانها أو وهي بين يديه .

٤) ما إذا كان المفحوص يقسم المصفوفات المكونة من أربعة مكعبات ( اثنين في اثنين ) أو تسعة مكعبات ( ثلاثة في ثلاثة) للوصول الى الحل .

٥) ما إذا كان المفحوص يقدم صورة معكوسة[2] أو قلبا للتصميم من أعلى لأسفل باعتباره الحل النهائي الذي يقدمه .

٦) ما إذا كان المفحوص يثابر على تقديم التصميم نفسه خلال عمله في كل البنود .

٧) ما الجانب من التصميم الذي يتضمن القدر الأكبر من أخطاء المريض؟

**ترتيب الصور**

يكشف هذا الاختبار عن آفات المجال البصري والإهمال البصري المكاني[3] ، وآفات المسح البصري . والعمليات العقلية الأساسية المتضمنة في الأداء على الاختبار تشمل ذاكرة التفاصيل، وإدراك النظام والتتابع . ويطبق الاختبار من خلال وضع البطاقات في عمود رأسي أمام المريض للإقلال من الآفات المختلفة التي تؤثر في الأداء . وما إن ينتهي المريض من الإجابة حتى يطلب منه أن يروي قصة المتتابعات التي توصل اليها . ويلاحظ هنا إمكان ظهور استجابات متنوعة تكشف عن نمط الأداء السوي أو المرضي، وذلك على الوجه الآتي :

١) قد يقدم المريض القصة الملائمة من خلال تتابع صحيح من البطاقات .

٢) قد يقدم القصة الصحيحة من خلال ترتيب غير صحيح للبطاقات .

٣) قد لا يقدم القصة الصحيحة ولا الترتيب الصحيح للبطاقات .

---

(1) Quadrant
(2) Mirror image
(3) Visouspatial neglect

ويسمح التفسير اللفظى الذى يقدمه المريض عن نتيجة ترتيبه بتحليل لصيق للغاية للمشكلات الكامنة فى الترتيب غير الصحيح الذى يقدمه. وأحيانا ما يركز بعض المرضى فى عرضهم اللفظى لأدائهم على الجوانب أو العناصر غير الصحيحة وبما يؤدى الى إعادة تصويبهم لإجاباتهم وإعادة ترتيب البطاقات بصورة صحيحة . من جانب آخر قد يكشف الوصف اللفظى عن إدراكات خاطئة لبعض التفاصيل ، أو تشوه أو نقص فى بعض العلاقات المكانية ، أو إفراط فى الانشغال بالتفاصيل ينتج عنه عدم القدرة على إدراك العلاقات المتطورة فى سياق القصة عبر البطاقات المختلفة .

ولاستبعاد عامل البطء الحركى الذى يتدخل بقدر كبير فى الأداء على هذا الاختبار ، يسمح للمريض بالعمل بعد انتهاء الوقت المقنن للاختبار ، وهو ما يتيح له فرصة فهم متطلبات العمل وإكمالها ، على الرغم من البطء الحركى وآفات المسح البصرى .

وتوفر ملاحظة استراتيجية المفحوص فى أدائه على اختبار ترتيب الصور إمكانية ثرية للتعرف على آفات أخرى . فبعض المفحوصين يقومون بدراسة البطاقات ويضعون أولا خطة لترتيبها ، بينما يقوم مرضى آخرون بالترتيب بشكل قهرى ، ويسعى مرضى آخرون للحصول على عائد بصرى من الفاحص عن كل خطوة يقومون بها . وتلاحظ خلال الأداء خصائص أخرى على درجة كبيرة من الأهمية، من ذلك أن بعض المرضى قد لايقومون بتحريك بطاقة من موضعها الأصلى وقد يرجع ذلك لأحد سببين: إما لضعف استراتيجية المريض نتيجة لقصور ذاتى وهو خاصية تلاحظ لدى المرضى من أصحاب الاختلالات فى الفص الجبهى ، أو نتيجة لآفات فى التنبه من تلك التى تلاحظ عادة فى حالات التلف الخلفى[1] ، وقد يفشل المريض نتيجة لعدم التنبه للتفاصيل ، أو نتيجة للتركيز على تفاصيل غير متعلقة . وقد يجد مريض آخر صعوبة فى فهم العمل المطلوب فيحاول صف العناصر البصرية دون اعتبار للسياق المنطقى ، أو قد يفصل البطاقات فى مجموعات فرعية بناء على ما بينها من تشابهات بصرية .

(1) Posterior damage

## ترتيب الجمل

هو اختبار جديد أضيف لاختبارات البطارية الأصلية ، وهو مناظر لفظى لاختبار ترتيب الصور، ويهدف للكشف عما إذا كانت القدرة على الترتيب فى سياق لفظى تختلف عن القدرة على الترتيب فى سياق بصرى ، ويعانى مرضى التلف قبل الجبهى[1] صعوبة فى تناول المعلومات بطريقة تتسم بالمرونة، ويعانون صعوبة الانتقال من معنى لآخر للكلمة الواحدة ، بالإضافة الى تقيدهم الدائم بالتتابعات اللفظية المألوفة وبالاحتمالية العالية للمعنى دون اعتبار لخصوصية معنى الكلمة فى السياق (Shallice, 1988 ;Stuss & Benson,1986) .

## تجميع الأشياء

أجرى تعديل على الصورة الأصلية للمقياس وذلك بإضافة ثلاثة بنود جديدة له ، منها البند القديم الخاص بالسيارة فى اختبار وكسلر للراشدين (Wechsler, 1991) وهو بند يتضمن تفاصيل متعددة، ويمكن مقارنة الأداء عليه بالأداء على البنود التى تعتمد على تجميع الأشياء من أطرافها أو حوافها مثل بند اليد مثلا ، بهدف الكشف عن تأثير بعض العوامل الإضافية فى الأداء مثل وجود أو غياب تفاصيل معينة متضمنة فى الحل ، والبندان الآخران المضافان هما بند الدائرة وبند البقرة (Palmer& Kaplan,1985) . ويجاب على بند البقرة مثل بند اليد أى من خلال التوصيلات الطرفية أو المحيطية ، بينما يتطلب بند الدائرة التعامل مع عناصر فى شكل أقواس ومنحنيات. ولايمكن الوصول الى الحل الصحيح فيه باستخدام المعلومات والمتطلبات المحيطية بل بتحليل كل قطعة فيه على حدة ، ويفشل المريض الذى يعتمد على المعلومات المحيطية، فى حل بند البقرة ، كما يفشل المريض الذى لايدرك العلاقات بين الأجزاء فى حل بند الدائرة، وعلى هذا فإن هذين البندين يتميزان بإمكانية إتاحة الفرصة للفاحص للتعرف على الاستراتيجية التى يعمل المفحوص وفقا لها فى التوصل الى الحل ، ويقوم الفاحص بتسجيل كل خطوات المريض بالتفصيل خلال العمل على هذا الاختبار.

---

(1) Prefrontal

**بطارية هالستيد - ريتان**

طور هالستيد مجموعة من ١٠ اختبارات تشكل فى صورتها الكاملة الأساس لمفهومه حول الذكاء البيولوجى[1]، وقد نشرها مفصلة وقدم نظريته فى كتابه الصادر عام ١٩٤٧ باسم المخ والذكاء: دراسة كمية للفصوص الجبهية [2] (Hal-stead,1947)، ومن بين اختبارات هالستيد العشرة ، صمد سبعة منها فقط للتقييم التجريبى والإكلينيكى الدقيق ، وقد شكلت هذه الاختبارات السبعة المكونات الجوهرية الأساسية لبطارية هالستيد – ريتان ، وتستخدم هذه الاختبارات السبعة لحساب مؤشر هالستيد للعجز[3] ، وقد أضيفت بعض الاختبارات الأخرى لهذه المجموعة الأصلية، ويبلغ عدد اختبارات البطارية الآن ١٣ اختبارا . إذ كان من الواضح أن اختبارات هالستيد السبعة فى حاجة الى استكمالها بمجموعة شاملة من الإجراءات الإضافية حتى يمكن تحقيق فائدة إكلينيكية منها ، من ذلك مثلا مقياس الآفات النفسية العصبية العام[4] وهو مقياس يتميز بتوفيره توصيفاً شاملاً للقدرات النفسية العصبية للفرد ، وقد برهن على أنه مفيد للغاية إكلينيكيا كأداة لمقارنة مجالات الآفات ، وهو يقوم على أساس ٤٢ متغيراً مستخلصة من قياسات ببطارية هالستيد – ريتان ، بما فى ذلك المقاييس السبعة الأصلية التى طورها هالستيد (Reitan & Wolfson,1996).

للبطارية أكثر من صورة ، وتستخدم صورة الراشدين بدءا من عمر ١٥ عاما ، أما الأطفال الكبار الذين تقع أعمارهم بين ٩–١٤ عاما فيختبرون ببطارية شديدة الشبه ببطارية الراشدين، فيما عدا أن اختبارات التصنيف والتوصيل بين الدوائر والأداء اللمسى مختصرة وأقصر ، كما خفض أيضا عدد بدائل الاستجابة فى اختبار إدراك أصوات الحديث (Reitan & Wolfson, 1992,b). وبالنسبة للأطفال الأصغر عمرا بين ٥–٨ سنوات استحدث عدد من التعديلات فى إجراءات التطبيق ، من أهمها استخدام جهاز كهربائى للنقر بالإصبع بدلا من الجهاز اليدوى المستخدم فى صورة

---

(1) Biological intelligence
(2) Brain and Intelligence: A quantitative study of the frontal lobes
(3) Halstead impairment index
(4) The General Neuropsychological Deficit Scale (GNDS)

الراشدين والأطفال الكبار ، كما أضيفت أيضا مجموعة من المقاييس تتضمن اختبار الأشكال المتدرجة[١] وهو تعديل لاختبار التوصيل بين الدوائر، تستخدم فيه أشكال بدلا من الأرقام والحروف ، كما خفض طول اختبارى الفئات والأداء الحسى ، واستبعد اختبارى إدراك أصوات الحديث، والإيقاع ، وخفض مستوى الصعوبة فى فحص ريتان- كلوف الحسى الإدراكى (Reitan,1974,b; Reitan & Wolfson,1992c)

وعادة ما توضح النتائج المستخلصة من بطارية هالستيد – ريتان ميزة استخدام بطارية شاملة ومقننة من الاختبارات ، وتظهر الدراسات المنهجية إمكان استخدام هذه البطارية وحدها لتحديد وجود تلف مخى معين، وتحديد المنطقة أو الموضع المتأثر ، وتقييم ما إذا كانت الإصابة حديثة أم لا ، وما إذا كانت لدى المخ إمكانية إحداث توازن وظيفى للحد من العجز ، كما يوفر استخدام البطارية لأغراض التأهيل[٢]عرضا متوازنا لطبيعة ودرجة الآفات النفسية العصبية . وتتميز البطارية بصدقها المرتفع . ويذكر ريتان أن كل اختبار من اختبارات البطارية أخضع لبحوث دقيقة لكى يتم التحقق من صدقه بوصفه اختباراً نفسياً عصبياً ، يضاف الى ذلك تقييم صدقها من حيث دلالتها المتكاملة وتفسيراتها (Reitan,1994). وفيما يلى المقاييس الفرعية فى البطارية ودلالاتها النفسية العصبية :

**إدراك أصوات الحديث**

يقيس اختبار إدراك أصوات الحديث[٣]كلا من التحفز [٤] والتركيز[٥] ، وهو يتكون من ٦٠ كلمة منطوقة خالية من المعنى عبارة عن تباينات لصوت حرفى (EE) الإنجليزيين . ويتطلب الاختبار إدراكا سمعيا واضحا، كما يتعين أن يكون المريض متعلما وقادرا على متابعة الحوار السوى (Horton,1996) . وتقدم الكلمات

(1) Progressive Figures Test
(2) Rehabilitation
(3) Speech-sound perception test (SSPT)
(4) Alertness
(5) Concentration

من خلال جهاز تسجيل ، ويطلب من المفحوص وضع خط تحت أحد بدائل الإجابة الأربعة فى صحيفة مخصصة للاجابة ، ويتطلب الاختبار من المفحوص مواصلة التنبه حتى نهاية البنود الستين ، وأن يدرك المنبه المنطوق سمعيا، وأن يربط بين إدراكه السمعى وشكل الحروف فى صيغة الاختبار .

**الإيقاع**

اختبار الإيقاع[١] مأخوذ من بطارية سيشور الموسيقية[٢]، وهو يتضمن ٣٠ زوجا من النقرات[٣] الإيقاعية ، تقدم من خلال تسجيل صوتى مقنن ، ويتعين على المفحوص التمييز بين هذه الأزواج من النقرات الإيقاعية ، وبعد سماع المفحوص لكل زوج من النقرات عليه أن يسجل إجابته فى صحيفة الإجابة بوضع حرف (S)أى مشابهة[٤] إذا اعتقد أن النقرتين متماثلتان ، وحرف[٥] (D) أى مختلف إذا كان إيقاعهما مختلفا . ويعتقد الكثير من الأخصائيين النفسيين الإكلينيكيين أن الاداء على اختبار الإيقاع يعتمد على التكامل فى نصف المخ الأيمن (لأن مضمونه غير لفظى)، غير أن ريتان وولفسون يعتقدان أن الاختبار مؤشر فى الواقع للأداء المخى العام، وليس له دلالة متعلقة بجانب دون الآخر . Reitan & Wolfson,1990وهو يقيس مشكلات مدى الذاكرة[٦] ومهارات التركيز والقدرة على التمييز بين الإيقاعات . (Horton,1996)

**مسح الأفازيا**

اختبار مسح الأفازيا[٧] ويسمى أحيانا باختبار ريتان– انديانا لمسح الأفازيا[٨] وهو تعديل ريتان لاختبار هالستيد –ويبمان لمسح الأفازيا[٩]، ويقيس كلا من الوظائف اللفظية البسيطة والمعقدة، وحيث تصيب آفات اللغة أنواعاً شديدة البساطة

(1) Seashore Rhythm Test
(2) Seashore :Tests of Musical Talent
(3) Beets
(4) Similar
(5) Ddifferent
(6) Attention span
(7) Aphasia Screening Test(AST)
(8) Reitan-Indiana Aphasia Screening Test
(9) Halstead- Wepman Aphasia Screening Test

من المهارات اللغوية ومهارات الحديث، أو تصيب – على النقيض من ذلك– جوانب عليا معقدة للتواصل اللفظى ، ومن الضرورى الاعتراف بأن الأداء اللغوى يمكن أن يضعف من حيث الإمكانات التعبيرية[1]، أو خصائصه الاستقبالية[2] أو كليهما ، وبالتالى يتعين أن يشمل الفحص النفسى العصبى قدرة الفرد على التعبير اللغوى كاستجابة ، والقدرة على فهم اللغة من خلال كل من القنوات الصوتية والبصرية (السمعية والمرئية)، وأن يكمل الدائرة الكاملة للاستجابة التى تتضمن إدراك المعلومات اللغوية ، والعمليات المركزية، وفهم مضمونها وتقديم استجابات فعالة .

ويستخدم اختبار مسح الأفازيا لتقييم الأداء اللغوى مثل تسمية أشياء مألوفة ، وهجاء كلمات بسيطة ، وقراءة ، وكتابة ، ونطق ، وتحديد أرقام مفردة وحروف، والقيام بعمليات حسابية بسيطة . والاختبار منظم بطريقة تسمح بتقييم الأداء فى تعلقه بالوسيط الحسى المعين الذى يتم إدراك المنبه من خلاله ، يضاف الى ذلك أن المكونات الاستقبالية والتعبيرية فى الاختبار تسمح للفاحص بتقدير ما إذا كانت الآفة المحدودة لدى مريض معين ذات طبيعة استقبالية أم تعبيرية فى الأساس . (Reitan & Wolfson, 1996)، ويقترح رسل وزملاؤه (Russell et al., 1970) نظاما للتصحيح يقوم على إعطاء أوزان لدرجة حدة الأخطاء المختلفة ، ويستخلص من الاختبار درجات منفصلة للأفازيا وللعلاقات المكانية ، وهو حساس لموضع التلف فى أحد نصفى المخ (Wheeler & Reitan, 1962).

**التصنيف**

اختبار الفئات[3] ، و يعد اختباراً لتكوين المفاهيم البصرية المجردة (Horton,1996)، وهو يقيس قدرة المفحوص على استنباط المبادىء العامة من مجموعة نوعية من المنبهات ، وتتطلب طريقة التطبيق التقليدية للاختبار استخدام جهاز عارض بصرى للشرائح[4] لعرض المنبهات ، ويستخدم الكثير من الأخصائيين الإكلينيكيين فى الوقت الحاضر كتيبا للمنبهات التى كانت تعرض من خلال الشرائح،

(1) Expressive
(2) Receptive functions
(3) The Category Test
(4) Slide projector

وتتكون صورة الراشدين لهذا الاختبار من سبعة مقاييس فرعية منفصلة يبلغ مجموع منبهاتها ٢٠٨ ، ويتعين على المريض أن يستجيب لكل بند باختيار رقم من ١ إلى ٤ يعبر بأفضل صورة فى رأيه عن المبدأ الرمزى المعروض فى سلاسل المنبهات . ويسمح بإجابة واحدة لكل بند ، ويطلب من المفحوص أن يستنبط فروضا ، ويقدم له عائد فورى لكى يعدل من أنماط إجابته بأن يذكر له بعد إجابته ما إذا كانت إجابته صحيحة أم خاطئة . ويضم كل اختبار فى الاختبارات الستة الأولى مبدأ واحدا ، بينما لايتضمن الاختبار السابع مبدأ واحدا محددا ، ويطلب منه فى هذا الاختبار الأخير أن يتذكر الإجابة الصحيحة لبنود المنبهات التى قدمت له . والاختبار غير موقوت ، وقد يحتاج المريض لساعة كاملة للإجابة على كل بنوده ، بالإضافة الى أنه مكلف ويصعب تطبيقه على المرضى الملازمين للفراش ، وإن كان قد أمكن التخلص من هذه المشكلة باستخدام كتيب مطبوع وليس جهاز عرض . ويتميز الاختبار بقياسه لتباين واسع من الوظائف المعرفية المعقدة المتأثرة بالعطب المخى . ويعتقد كثير من الأخصائيين النفسيين العصبيين أنه أكثر المقاييس الفرعية فى البطارية حساسية للتلف المخى (Horton,1996) .

### الأداء اللمسي

يطبق اختبار الأداء اللمسى(١) باستخدام صورة معدلة من لوحة سيجوين – جودار للأشكال(٢) ، ويقوم المريض فى الصورة الخاصة بالراشدين بإدخال ١٠ مكعبات فى أماكنها الملائمة فى ثقوب اللوحة وهو معصوب العينين ، واللوحة مجهزة بانحدار أفقى مقداره ٤٥ درجة . ويطبق ثلاث مرات ، باستخدام اليد المهيمنة ( اليد التى يستخدمها المريض فى المعتاد ) وباليد غير المهيمنة فى المرة الثانية ، ثم باليدين معا فى المرة الأخيرة ، ويسجل وقت الأداء لكل مرة من المرات الثلاث مع تسجيل عدد المكعبات التى وضعت فى أماكنها بصورة صحيحة . تبعد اللوحة بعد المحاولة الأخيرة ، وتزال العصابة عن عينى المريض ويطلب منه أن يرسم اللوحة، وأن يحدد مواضع المكعبات بقدر مايستطيع أن يتذكر .

---
(1) Tactual Performance Test (TPT)
(2) Seguin-Goddard Form Board

ويحصل المريض على درجة أخرى للتذكر[١] كما يحصل على درجة أخرى عن صحة تحديده للمواضع[٢]، وتعبر هاتان الدرجتان عن القدرة على التعلم المكانى العرضى[٣] لدى المريض . ويقيس اختبار الأداء اللمسى آفات التكامل بين العائد اللمسى الحركى[٤] والمهارات النفسية الحركية[٥] والذاكرة المكانية ، كما يمكن الخروج منه بمؤشرات نسبية من الفروق فى الأداء بين اليد اليمنى واليسرى على الجانب من المخ الذى يوجد فيه التلف[٦] ، وعادة ما تكون اليد غير المهيمنة أسرع بمقدار الثلث من اليد المهيمنة، وهو فرق ينتج عن التأثيرات الإيجابية السوية للمرانة . والاختبار موقوت وإن كانت هناك اختلافات فى الوقت المسموح به لكل محاولة من المحاولات الثلاث ، فبينما يسمح ريتان وولفسون بخمس عشرة دقيقة كحد أقصى لكل محاولة (Reitan & Wolfson,1992a)يوصى رسل وزملاؤه بإنهاء كل محاولة بعد عشر دقائق فقط (Russell et al .,1970) .

**التوصيل بين الدوائر**

اختبار التوصيل بين الدوائر[٧] مختصر ولا يستغرق وقتا طويلا فى تطبيقه، كما أنه مفيد للغاية كأداة للمسح النفسى العصبى ، وهو يتكون من جزءين (أ) و(ب) . وتتكون الصورة (أ) من ٢٥ دائرة متناثرة فى صفحة واحدة، بداخل كل دائرة رقم فى سلسلة من الأرقام من ١ إلى ٢٥ ، ويطلب من المريض توصيل الدوائر جميعها من خلال رسم خط عبر كل الدوائر متتبعا التسلسل الرقمى المتصاعد لها دون أن يقطع الخط المرسوم بين أى دائرتين .

أما الصورة (ب) فهى أكثر تعقيداً وصعوبة حيث يوجد بداخل الدوائر إما أرقام، من ١ إلى ١٣ ، أو حروف أبجدية من A الى L وعلى المفحوص أن يقوم

(1) Memory score
(2) Location score
(3) Incidental spatial learning
(4) Tactile kinesthetic feedback
(5) Psychomotor
(6) Lateralization of cerebral damage
(7) Trail Making Test

بالعمل نفسه الذى قام به فى الصورة (أ) ، ولكن مع اقتفاء التتابع المتسلسل تصاعديا للأرقام والحروف الأبجدية على التبادل ( فيبدأ من ١ الى أ ثم ٢ ، ب ،٣، ج.. الخ) . ويطلب من المفحوص العمل بأقصى سرعة يستطيعها وبدون أخطاء ، وعند وقوع المريض فى خطأ ينبه على الفور، ثم يستكمل إجابته من النقطة التى بدأ منها الخطأ ، ويستمر حساب الوقت . والدرجة على الجزءين هى الوقت الكلى الذى استغرقه المفحوص فى الاستجابة .

ويلاحظ ضرورة أن يكون المريض قادرا على التعرف على الأرقام والحروف، وأن يقوم بعملية مسح بصرية سريعة وإزاحات وتآزر بصرى حركى وقدرة على التعقب المتسلسل[١] . وعندما تكون الدرجة على الجزء ( أ ) أكثر من نصف الدرجة على الجزء ( ب ) فإن الأداء على الجزء ( أ ) يشير فى هذه الحالة الى قدر أكبر من العجز، بينما يشير الأداء على الجزء ( ب ) الى قدر أكبر من العجز عندما تكون الدرجة عليه أكثر من ثلاثة أضعاف الدرجة على الجزء ( أ ) ، ويمكن اعتبار الفروق التى تقع بين هذين الحدين المتطرفين مؤشرا على أداء متكافىء (Horton& Wedding,1984) .

**النقر بالإصبع**

يعرف اختبار النقر بالإصبع[٢] أيضا باسم اختبار تذبذب الإصبع[٣]، وهو مقياس للسرعة الحركية ، ويطلب فيه من المريض الضغط على مفتاح يدوى متصل بعداد بأسرع ما يستطيع ، ويعاد ضبط مفتاح العداد فى كل مرة يقدم فيها الاختبار ، وتقاس سرعة النقر بالإصبع لكل يد من اليدين ، والدرجة عبارة عن متوسط المرات المتتالية التى قام بها المفحوص ، ويحصل المفحوص على فترة راحة بين كل محاولة وأخرى، وهناك اختلافات بين الممارسين فى عدد المحاولات التى يسمح للمفحوص القيام بها ، وإن كان المعتاد هو السماح بخمس محاولات على الأقل ، واستخدام خمسة تعاقبات مختلفة للنقر ، وبما لا يزيد على خمس نقرات فى المرة الواحدة . وتتوافر من

(1) Sequenceing ability
(2) Finger Tapping Test
(3) Finger Oscillation Test

هذا الاختبار معلومات مهمة عندما يوجد تلف في جانب معين من المخ ، كما أن الأداء باليد المهيمنة غالبا ما يكون أفضل بمقدار ١٠ ٪ من الأداء باليد غير المهيمنة. ويتأثر الأداء على الاختبار بكل من العمر والجنس ومستوى التعليم ، مما يتطلب معايير خاصة تضع هذه التأثيرات في الاعتبار حتى يمكن تفسير الأداء بشكل ملائم (Thompson et al .,1987).

ويلاحظ بالنسبة للأداء على هذا الاختبار أن أصحاب اليد اليمنى المهيمنة يظهرون أداء أفضل باستخدام يدهم اليمنى من أداء أصحاب اليد اليسرى المهيمنة عندما يستخدمون يسراهم . ويتعين أيضا ملاحظة أن آية تفسيرات نفسية عصبية حول موضع التلف في أحد نصفي المخ يمكن الخروج بها فقط بعد استبعاد احتمالات وجود حالة تلف طرفي[١] يمكن أن تكون المسئولة عن الأداء الضعيف على الاختبار (مثل إصابة في اليد أو الذراع أو التهاب المفاصل ) .

وللتحديد الأدق لموضع الاصابة في المخ، يكون من الضروري مقارنة الأداء على اختبار النقر بالأصابع بالأداء على اختبار الأداء الحركي ، فإذا كان الأداء الحركي ضعيفا بينما النقر بالأصابع ملائم باليد نفسها ، يصبح هناك احتمال أن المشكلة متعلقة بالفصوص الخلفية[٢] ، أما إذا كانت سرعة النقر ضعيفة ، مع أداء جيد على اختبار الأداء الحركي، فالاحتمال في هذه الحالة أن يكون العجز في الفصوص الأمامية[٣] (Horton &Wedding,1984).

**ريتان - كلوف لفحص الإدراك الحسي**

استخلصت البنود الخاصة باختبار ريتان- كلوف لفحص الإدراك الحسي[٤] من فحص سلوكي عصبي ، وتتوافر من خلاله معلومات عن القدرات الكبرى[٥] البصرية والسمعية والحسية ، بالإضافة الى توفيره لفحص أكثر تفصيلا

(1) Peripheral
(2) Posterior
(3) Anterior
(4) Reitan-Klove Sensory-Perceptual Examination
(5) Gross abilities

للأداء الحسى- الحركى[١]، كما يمكن استخدامه لتقييم الأداء النسبى للنصفين الكرويين من خلال المقارنات بين الأداء الحسى - الإدراكى[٢] لكل جانب من جانبى الجسم .

**فحص ريتان - كلوف للطرف المهيمن**

يقيم فحص ريتان-كلوف [٣] تفضيلات المريض لاستخدام إحدى يديه (أى كون المريض أيمن أم أعسر ) وإحدى قدميه ، وإحدى عينيه . وتعد هذه المعلومات مهمة لتفسير الأداء على الاختبارات الأخرى التى تقارن بين جانبى الجسم ، مثل اختبار النقر بالإصبع واختبار الأداء الحسى ، وهو اختبار سلوكى حيث تقاس اليد المفضلة من خلال ملاحظة تفضيلات المريض عندما يطلب منه أن يوقع على قطعة من الورق أو يلقى شيئا ما ، كما تقاس العين المفضلة من ملاحظة أى العينين هى التى تستخدم فى التصويب باستخدام بندقية تخيلية ، وبالمثل تقاس القدم المفضلة من الطريقة التى يقوم فيها المفحوص بالاستجابة لطلب ضرب كرة متخيلة .

**قوة قبض اليد**

يستخدم فى اختبار قوة قبض اليد[٤] دينوميتر[٥]، ويقوم المريض بتعديل الجهاز ليلائم يده ، ثم يقوم بالضغط عليه بأقصى ما يستطيع من قوة ، وتعطى للمفحوص محاولتين متبادلتين لكل يد ، والدرجة هى متوسط المحاولات . وهو مقياس إضافى للحركة .

**الاختبارات الملحقة**

بالإضافة الى الاختبارات الأساسية السابقة ، فإن بطارية هالستيد -ريتان النفس - عصبية تتضمن عددا من مقاييس وكسلر للذكاء الملائمة عمريا ، بالإضافة الى بطارية مقننة لقياس الشخصية ،مثل بطارية مينسوتا متعددة الأوجه

---

(1) Tactual-Perceptual Functioning
(2) Sensory- Perceptual
(3) Reitan-Klove Lateral Dominance Examination
(4) Strength of Grip
(5) Dynometer

للشخصية(١) ، أو بطارية ميلون الإكلينيكية متعددة المحاور(٢) ، بالإضافة الى اختبارات للتحصيل الأكاديمى مثل اختبار التحصيل واسع المدى (٣) .

**المقاييس التلخيصية**

بالإضافة الى القياس المباشر من خلال الاختبارات الفرعية فى البطارية ، تستخدم عدة مقاييس تلخيصية عبارة عن مؤشرات تحتسب من الأداء على أكثر من مقياس . وتستمد هذه المقاييس التلخيصية قيمتها من النتائج الإحصائية التى أمكن جمعها عن الأداء من آلاف الحالات التى استخدمت فيها سواء بواسطة هالستيد أو ريتان وزملاؤه أو بواسطة باحثين آخرين . ومن بين هذه المقاييس مؤشر هالستيد للعجز(٤) (Halstead,1947) وهو عبارة عن درجة خطية مركبة(٥)من الاختبارات النفسية العصبية ، ومؤشر متوسط تقديرات العجز(٦) الذى قدمه رسل وزملاؤه-Rus) (sell et al ., 1970 ، وتستخدم لحسابه المتوسطات الموزونة لعدد من المقاييس الفرعية. ومقياس الآفات النفسية العصبية العامة(٧) ويتم من خلاله جمع تقديرات موزونة من حوالى ٤٠ قياسا مختلفا (Reitan and Wolfson,1988) .

**بطارية لوريا - نبراسكا**

تتكون بطارية لوريا – نبراسكا النفسية العصبية(٨) من صورتين: يطلق على الصورة الأولى (ب ل ن ع –١)(٩) ويطلق على الصورة الثانية(١٠)( ب ل ن ع–٢)، وقد صممت البطاريتان وفق مفهوم لوريا (Luria,1973,1980)حول تحليل النظام الوظيفى(١١) . ووفقا لهذا النموذج النظرى يمكن اختصار كل الوظائف المخية العليا(١٢)

---

(1) Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI)
(2) (MCMI) Millon Clinical Multiaxial Inventory
(3) The Wide Range Achievement Test-3
(4 ) The Halstead Impairment Index(HII
(5) Linear Composite
(6) Average Impairment Raiting(AIR)
(7) General Neuropsychological Deficit Scale (GNDS)
(8) Luria-Nebraska Neuropsychological Battery (LNNB)
(9) 1- LNNB
(10) LNNB-2
(11) Functional System Analysis
(12) Higher Cortical Functions

الى سلسلة من المكونات والعناصر البسيطة نسبيا ، ويتطلب كل سلوك هادف وفق النظرية مدخلات حسية نوعية ، وعمليات معرفية تتم على هذه المدخلات ، واستجابات سلوكية ، ويتعين بالتالى على الأخصائى النفسى العصبى أن يحدد السياق الكامل بمراحله المختلفة بدءا من المدخلات الى العمليات المعرفية وانتهاء بالسلوك، وبما يمكنه من وضع الخطة الملائمة للمهام الاختبارية ذات الصلة . ولهذا المنحى قيمته الجوهرية فى تصميم الاستراتيجيات التأهيلية العصبية من خلال تحليل مكونات هذا النظام الوظيفى لتبين مدى تنوع العناصر المكونة له ، ويمكن من خلال هذا التحليل الوصول الى تحديد دقيق وتعريف إجرائى للآفات الحسية والحركية والمعرفية ، ومصادر القوة والضعف فيها ، وبالتالى يمكن استثمار عناصر النظام الوظيفى غير المصابة أو السليمة لتعويض المهارات المعطوبة . ويعتمد الأداء السوى للمهام المختلفة فى السياق النفسى العصبى على الأداء الناجح للعناصر الثلاثة السابقة ، من ذلك أن وجود آفات حسية معينة يفقد الشخص القدرة على معالجة المعلومات الحسية معرفيا بصورة سليمة ، نتيجة للنقص أو التشوه فى المدخلات الحسية ، وبالمثل لاتصبح المخرجات السلوكية سليمة ، وإذا كان الإحساس سليما – مع عدم قدرة المريض على معالجة العناصر المفهومية نتيجة لفشل العمليات المعرفية – فلن تتوافر بالمثل إمكانية صدور استجابة صحيحة وذات علاقة ، والأمر ذاته بالنسبة الى الاستجابات السلوكية إذا كانت غير ملائمة ، وحيث يتعذر بالقدر نفسه معالجة المهام المطلوبة مالم تتوافر للمريض بدائل مناسبة للاستجابة .

وما إن يتم توضيح عناصر المهمة وتمييزها، حتى يصبح من الميسور تحديد المرحلة التى يحدث فيها الفشل . وقد صممت بطارية لوريا– نبراسكا بصورتيها بهدف توفير عينة من عناصر هذا الجهاز الوظيفى بصورة متدرجة فى إطار معرفى واسع . ولايوجد فى البطارية بند واحد يقيس مهارة متكاملة أو عنصرا مهاريا، وأغلب المهام العصبية السلوكية تتطلب العناصر الثلاثة مجتمعة وبنفس السياق الحسى – المعرفى – السلوكى ، كما يفترض أن العمليات المعرفية المعقدة ينتظمها نظام أساسى متدرج ، وتوسط اللغة فى هذا النظام يمثل عنصرا مركزيا فى نظام معالجة المعلومات وفقا لنموذج لوريا (Op cit.) .

١- بطارية لوريا- نبراسكا

لوريا -نبراسكا بطارية للاختبار الفردى، تستخدم لتوفير قياس لمدى عريض من الوظائف الحسية الحركية[١] واللغوية[٢] والحسابية[٣] ووظائف الذاكرة[٤]، بالإضافة الى الوظائف العقلية اللحائية العليا[٥]. وتشبه بطارية لوريا – نبراسكا- ٢ هذه البطارية وإن كانت لا تعد صورة مكافئة لها ، والبطاريتان ملائمتان للتطبيق على الراشدين .

وتتضمن البطارية ٢٦٩ بندا ، ويستغرق تطبيقها كاملة مابين ساعتين الى ثلاث ساعات على المرضى الذين يعانون عجزاً معرفياً ، ويوفر دليل الاختبار محكات واضحة للتصحيح ، كما يمكن تلخيص النتائج وفق مجموعة متنوعة من المقاييس الإكلينيكية المختصرة والتى صممت بهدف الكشف عن الاتجاهات العامة لمصادر القوة والآفات المعرفية والمؤشرات الدالة على المرض[٦] فى الاختلالات المخية المختلفة . وقد استخلصت المقاييس الإكلينيكية فقط تجريبيا، أما مقاييس التلخيص وتحديد المواضع[٧] والمقاييس العاملية[٨] فقد طور بعضها نظريا ، بينما طور البعض الآخر إمبريقيا (Moses, 1997). وبناء على اقتراح جولدن وزملاؤه (Golden et al., 1985) أصبح يشار الى مقاييس البطارية الإكلينيكية مسبوقة بحرف [٩](C) ، ويشار الى المقاييس التلخيصية مسبوقة بحرف[١٠](S) ، كما تشير أرقام المقاييس الى ترتيبها فى البروفيل المعيارى للبطارية فى أى من المجموعتين الإكلينيكية أو التلخيصية. وفيما يلى المقاييس المختلفة فى البطارية:

---

(1) Sensorimotor
(2) Linguistic
(3) Arithmetic
(4) Memory
(5) Intellectual Higher Cortical Functions
(6) Pathognomonic Indices
(7) Localization
(8) Factor-Scale Measures
(9) Clinical
(10) Summery

أ) المقاييس الإكلينيكية

**مقياس الحركة**[١]

يطلب من المريض فى هذا الاختبار أداء عدد متنوع ومتدرج من الحركات البسيطة ، والمعقدة باستخدام يديه وذراعيه وعضلات وجهه ، بالإضافة الى مجموعة من الحركات البسيطة بالأصابع واليدين ، كما تقدم له مجموعة من المؤشرات البصرية واللمسية التى يطلب منه الاستجابة لها ، كما يتعين على المفحوص أداء بعض الحركات اليدوية المزدوجة ، وتتابعات حركية بديلة وتآزرات معقدة ، والقيام بحركات شفوية وتعبيرات مفردة بوجهه . ويتضمن الاختبار بعض المهام التشييدية[٢] مثل النقل والرسم ، بالإضافة الى استجابات لفظية بديلة بناء على مؤشرات معينة فى سلسلة من مهام الاستجابة الحركية .

**مقياس الإيقاع**[٣]

وتتضمن بنود هذا الاختبار مهام مختلفة ، عبارة عن تمييز أصوات ، أو تقليد وغناء لإيقاعات ونغمات بسيطة ومعقدة ، وتقليد حركى لنغمات إيقاعية صوتية .

**مقياس اللمس**[٤]

يتضمن الاختبار مجموعة من المهام اللمسية مثل التعرف من خلال اللمس بالإصبع[٥] ، والإحساس بالوخز[٦] ، والإحساس بالضغط الخفيف[٧] ، والتمييز اللمسى بين نقطتين[٨] ، والإحساس اللمسى بالاتجاه[٩] ، والإحساس الكتابى[١٠] ( للحروف والأرقام ، والأشكال ) ، والإحساسات الذاتية[١١] ، والقدرات الحسية على التعرف المجسم[١٢] .

---

(1) Motor(C1)
(2) Constructional Tasks
(3) Rhythm(C2)
(4) Tactile(C3)
(5) Tactile Finger Identification
(6) Pinprick Sensation
(7) Light Pressure Sensation
(8) Two-points Discrimination
(9) Tactile Direction Sense
(10) Graphesthesia
(11) Proprioception
(12) Sterognostic Sensory Abilities

**مقياس الإبصار[١]**

ويستخدم فى قياس عدد من المهام البصرية ، ومهام التسمية ، والإدراك المكانى الثنائى والثلاثى الأبعاد .

**الحديث الاستقبالي[٢]**

يتكون من مجموعتين من البنود السهلة والصعبة: تتضمن المجموعة الأولى بنوداًصوتيةصغرى[٣]، وترديد تتابعات من وحدات صوتية صغرى وكتابتها ، واستجابات حركية بديلة لمؤشرات صوتية صغرى ، وتمييز فونيمى[٤] ، واستجابات حركية متتابعة بناء على مؤشرات لفظية ، وتسمية بصرية ، وتعرف على أجزاء الجسم بناء على تعليمات ، وتعريفات لفظية بسيطة. أما المجموعة الثانية التى تتضمن البنود الأكثر تعقيدا فتتطلب استجابات حركية لمهام ، بناء على تركيبات لفظية تقريرية معقدة ، ومتعارضة ، وذات تصريفات لغوية مختلفة ، وعبارات وصفية منظمة مكانيا ، ومقارنات، وعبارات مقلوبة نحويا .

**الحديث التعبيري [٥]**

ويطلب فيه من المفحوص تكرار وحدات صوتية صغرى ومقاطع[٦]، وكلمات وسلاسل من الكلمات ، وجمل متزايدة الصعوبة، بالإضافة الى مهام للتسمية البصرية، والتسمية من خلال وصف لفظى ، والإفراط فى الحفظ، والحفظ المعكوس( أرقام ، وأيام الأسبوع) ، وطلاقة لفظية، وحديث مرتجل[٧] ، وتصحيح إعراب .

**الكتابة[٨]**

ويطلب فيه من المفحوص ترتيب حروف ، وتهجى ، ونقل حروف ومقاطع ، وتذكر سلاسل من الكلمات ، والتوقيع باسمه، وكتابة حروف ووحدات صوتية، وكلمات مملاة، وكتابة مرتجلة حول موضوع مقدم .

(1) Visual( C4)
(2) Receptive Speech (C5)
(3) Phonemes
(4) Phonemic
(5) Expressive Speech(C6)
(6) Syllables
(7) Extemporaneous speech
(8) Writing (C7)

**القراءة(١)**

ويقيس مهارات قراءة مفردات ، ومقاطع ، وكلمة مفردة ، وجملة، وفقرة طويلة على امتداد مدى عريض من الصعوبة المتزايدة فى البنود.

**الحساب (٢)**

يتضمن الاختبار أن يقوم المفحوص بكتابة أرقام عربية 1، 2، 3، ورومانية مختلفة من خلال الإملاء ، وتحليل لتكوينات عددية ، وعمليات حسابية شفوية وكتابية بسيطة ، وتحليل لرموز حسابية .

**الذاكرة(٣)**

يتضمن مهام تذكر لمقاطع صماء تقدم بصريا أو شفويا ، وتذكر قوائم لفظية مباشرة ، بعد تدخل أو مقاطعة،وتعلم لفظى، وتذكر لمقاطع من قصة، وتذكر لفظى مع استخدام مؤشرات بصرية ، وتذكر صفوف ذات طابع بصرى والتعرف عليها ، وتذكر شفوى غير لفظى .

**العمليات العقلية(٤)**

يستخدم هذا الاختبار لتقييم القدرة على تحليل المفاهيم من خلال سياقات مصورة ونصوص ، وتتبعات مصورة غير لفظية ، وتفسير لأمثال وأقوال مأثورة ، وتعريفات وتجريدات لفظية، ومقارنات ، ومهام حسابية عقلية أولية- وذلك من خلال مواد وسيطة .

**ب) المقاييس التلخيصية(٥)**

طورت المقاييس التلخيصية الخاصة بكل من الخصائص التشخيصية للمرض والمدى الأعلى للبروفيل، ومدى العجز ، وهى المقاييس التلخيصية أرقام ( S1,S4,S5

---

(1) Reading (C8)
(2) Arithmetic (C9)
(3) Memory (C10)
(4) Intellectual Processes (C11)
(5) Summary Scales

)، وهى تستخدم مع الصورة الأولى فقط من المقياس (ب ل ن ع-١)، ومازال صدقها غير محسوم بالنسبة للصورة الثانية (ب ل ن ع-٢) ، ويبلغ عدد المقاييس التلخيصية خمسة مقاييس هى الآتى :

**١- مقياس الخصائص التشخيصية للمرض[(١)]**

وقد اشتق هذا المقياس إمبريقيا، وهو يتكون من ٣١ بندا نجحت بصورة واضحة فى التمييز بين مرضى الاختلالات المخية[(٢)] وبين الأشخاص الأصحاء عصبيا ، ويرتبط الأداء الضعيف على هذه البنود ارتباطا مرتفعا بوجود اختلالات فى المخ، نادرا ما توجد فى المجموعات الضابطة السوية عصبيا ، أو لدى المرضى من أصحاب الاضطرابات السيكايترية ، بما فى ذلك الفصاميون .

**٢- مقياس نصف المخ الأيسر[(٣)]**

واستخلصت بنوده من المقياسين الإكلينيكيين: الحركة واللمس ( C1,C3)وهو يتكون من البنود اللمسية والحركية التى تؤدى باليد اليمنى وحدها فى هذين المقياسين ، وهو مناسب لتقييم الوظيفة الحسية الحركية لليد والذراع اليمنى .

**٣- مقياس نصف المخ الأيمن[(٤)]**

وهو مستخلص أيضا من المقياسين السابقين ، ولكنه يتكون من أكثر البنود اللمسية والحركية التى تؤدى باليد اليسرى فقط ، ويوفر أيضا تقييما للوظائف الحسية والحركية لليد والذراع اليسرى .

**٤- مقياس المدي الأعلي للبروفيل[(٥)]**

اشتقه ساويكى وجولدن (Sawicki & Golden,1984)تجريبيا من البنود التى كانت صاحبة أعلى ارتباط بمتوسط الدرجة على البروفيل الإكلينيكى لبطارية لوريا – نبراسكا النفسية العصبية –٢ ، ويستخلص من هذا المقياس درجة تعبر عن مصادر

(1) Pathogomonic(S1)
(2) Brain dysfunctional patients
(3) (S2) Left hemisphere
(4) Right hemisphere (S3)
(5) Profile elevation(S4)

القوة والضعف لدى المريض، وهى درجة تستخدم بمثابة تقدير للتعويض المعرفى[١]، أو بمثابة تقدير للمستوى العام لمجمل الأداء .

**٥- مقياس العجز[٢]**

اشتقه أيضا ساويكى وجولدن (Op cit.) تجريبيا من البنود صاحبة أعلى ارتباط بالمقاييس التى تتجاوز الحد الأعلى للأداء السوى[٣] للفرد فى عمر ومستوى تعليم معينين ، واقترح الباحثان هذا المقياس فى البداية للاستخدام بديلا عن المؤشر الإجمالى للآفات المعرفية[٤] ، ويتطلب الأمر التحقق من صدقه لمثل هذا الاستخدام قبل الارتكان إليه، وهناك تداخل محدود بين بنود هذا المقياس وبين المقياسين التلخيصيين : الخصائص التشخيصية للمرض ، والمدى الأعلى للبروفيل .

**مقارنة بين البطاريات النفسية العصبية**

انشغل عدد من الباحثين بمحاولة التعرف على وجوه الاتفاق والاختلاف بين البطاريات النفسية العصبية المهمة مثل بطارية هالستيد- ريتان ، وبطارية لوريا- نبراسكا النفسية العصبية، سواء على المستوى النظرى (Goldstein,1989) أو من خلال المقارنة بين تقديرات إكلينيكية معماة[٥] بناء على تقارير استخدمت فيها البطاريتان (Kane et al.,1981) بالإضافة الى المقارنات التى تمت بين تقارير حالات فردية Golden & Incagnoli, 1986 . وبينما يرى جولدن وزملاؤه أن التشابه يمتد الى نمط الأداء على البطاريتين ، إلا أن شيلوين وزملاؤه يلاحظون أن هناك مستوى كبيراً من التناظر بين المقاييس الفرعية ليس بين بطارية هالستيد- ريتان ، ولوريا -نبراسكا فقط ، بل واختبار وكسلر للراشدين أيضا، وأن هناك علاقة بين مستويات الأداء على هذه المقاييس ، إلا أن نمط الأداء متعدد التباين بينها يظل شديد الوضوح (Chelune,1983, a,b).

---

(1) Cognitive compensation
(2) (S5) Impairment
(3) Critical level
(4) Index of Global Cognitive Deficit
(5) Blind clinical ratings

**معايير الأداء والمتغيرات الديموجرافية**

يتطلب تفسير الأداء على الاختبارات والمقاييس المختلفة توافر معايير عامة لمثل هذه الأدوات ، يتحدد من خلالها ما يعد سواءً وما يعد اضطرابا أو اختلالا فى الوظائف . فإذا اتجه اهتمامنا الى مجال التقييم النفسى العصبى باستخدام الاختبارات النفسية ، فسنتبين أن المطلوب هو تحديد ما إذا كانت نتائجنا توحى بحالة مرضية فى المخ أم لا؟، وعادة ما يتم التحقق من ذلك من خلال مقارنة أداء الشخص صاحب هذه النتائج على تلك المقاييس بالمعايير المقننة ، والتى تستمد من عينات مرضية عصبية نمطية ، غير أن هناك مشكلتين تعترضان هذه المهمة :

**الأولى:** أن المعايير المقننة لأغلب المقاييس النفسية العصبية مستخلصة من عينات عصبية نمطية من أمريكا الشمالية .

**الثانية:** إن الحوار حول ما يشكل مفهوم السواء يمثل قضية محورية مهمة بين علماء النفس العصبيين ، إذ إن تحديد أداء الفرد باعتباره ناتجا عن اضطراب عقلى يتطلب تمييز هذا الأداء من التباين السوى فى القدرة المعرفية (Heaton et al.,1996) . ويتطلب هذا الأمر الأخير من الأخصائى الإكلينيكى ، تعريف معنى السواء الذى يفسر نتائجه وفقا له ، لا من منظور نفسى وعصبى فحسب، بل ومن منظور اجتماعى أيضا.

ويلاحظ من ناحية ثالثة أن الأداء على أغلب المقاييس النفسية العصبية يرتبط جوهريا بمتغيرات مثل العمر والتعليم، والأصل العرقى، وفى أحيان قليلة بالجنس (Parson & Prigatano, 1978,Heaton et al.,1991) . ولأن خصائص ومستويات التعليم تتغير بين فترة وأخرى ، مع الكثير من المتغيرات ذات الصلة بالأداء النفسى العصبى ، مثل نوع الأداء المهنى وما يحدث فيه من تغيرات تكنولوجية تؤثر فى نمط الأداء ومتطلباته فى كثير من المهن ، يصبح من الضرورى تحديث المعايير المختلفة بين فترة وأخرى. والواقع أن الفروق بين الأجيال المتعاقبة تتضمن عديدا من العناصر التى لا تسمح بإمكانية المقارنة بين أداء شخص فى فترة معينة بأداء عينة معيارية من جيل أو أجيال سابقة ، فالأجيال المتعاقبة قد تختلف فى أنماط اللغة وأنماط حل المشكلات (Albert,1981) .

وقد أظهرت البحوث المختلفة التى اهتمت بالعلاقة بين الأداء النفسى العصبى وعدد من التغيرات الديموجرافية مدى تأثر الأداء بمثل هذه المتغيرات، من ذلك أن أغلب – وليس كل – الأسوياء المسنين يحصلون على درجات مرتفعة جوهريا على مؤشر العجز[1] فى بطارية هالستيد – ريتان ، كما أن العيوب والافات المرتبطة بالعمر تبدو أوضح فى بعض الاختبارات مقارنة بالأخرى ، وهو الآمر الذى لاحظه ريتان وولفسون من مراجعتهما لنتائج البحوث المختلفة ، وحيث يستخلصان أن تأثير العمر على الأداء يوجد أساسا فى المهارات المعقدة والجديدة التى تتطلب استدلالا، وتجريدا وتحليلا منطقيا ، بينما لايوجد مثل هذا التأثير بصفة عامة فى الاختبارات ذات الصلة بالتعليم السابق والخبرة السابقة والقدرة اللغوية (Reitan & Wolfson,1986) . وقد توصل ألبرت وكابلان الى أن التقدم فى العمر يغير من الأداء على الاختبارات النفسية العصبية، وحيث يؤدى التقدم الطبيعى فى العمر الى تغيرات جوهرية مماثلة لتلك التى تلاحظ بين المرضى ذوى الاضطرابات فى الفصوص الجبهية ، بما فى ذلك البطء المعرفى ، وفقدان القدرة على معالجة المعلومات الشكلية أو المصورة (Albert & Kaplan,1980,Hochanadel & Kaplan, 1984, Hochanadel,1991).

ويظهر تأثير التعليم فى الأداء فى بعض اختبارات هالستيد – ريتان ، مثل اختبار التصنيف، واختبار الإيقاع، واختبار إدراك أصوات الحديث والصورتين أ ، ب من اختبار التوصيل بين الدوائر(Finlayson et al ., 1977) . ويرى هيتون وزملاؤه أن هناك فرضاً عاماً يربط بين العمر والتعليم؛ يتمثل فى أن المجموعات الأفضل تعليما تظهر انخفاضا متعلقا بالعمر بدرجة أقل فى الأداء النفسى العصبى (Heaton et al., 1996).

وتبدو تأثيرات الفروق الجنسية أقل مقارنة بالفروق فى العمر والتعليم على بطارية هالستيد – ريتان، حيث كان الذكور أميل للحصول على درجات مرتفعة على الاختبارات التى تقيم القدرة على تداول المعلومات المكانية ، والمهارات الكمية ،

(1) Impairment Index

والقدرات الجسمية ، والسرعة الحركية البسيطة ، بينما تتميز الإناث على بعض اختبارات القدرات اللفظية (Maccoby & Jacklin,1974) ، وقد أظهر الذكور أيضا سرعة أعلى من الإناث فى اختبار النقر بالإصبع ، كما كانت قوة القبض لديهم أفضل من الإناث سواء باليد المهيمنة أو اليد الأخرى Fromm-Auch & Yeudall,1983 .

ويضع هيتون وزملاؤه مجموعة أسئلة يتعين الإجابة عليها عند استخدام بطارية هالستيد –ريتان ، إلا أنها ملائمة ومهمة لا بالنسبة لهذه البطارية وحدها، بل بالنسبة لكل الأدوات النفسية العصبية ، وهى تتلخص فى الآتى :

١) ما مدى تعلق الأداء على مختلف الاختبارات النفسية العصبية بالعمر؟

٢)أى الاختبارات أكثر حساسية للتأثيرات العمرية ؟

٣) أى الاختبارات تبدو ذات علاقة بالتعلم ؟

٤) هل هناك تفاعل جوهرى بين العمر والتعليم يؤثر على الأداء فى اختبارات البطارية ؟

٥) إذا كان هناك مثل هذا التفاعل المؤثر، هل هو متسق مع الفرض الذى يرى أن المجموعات العمرية الأفضل تعليما تظهر تدهورا أقل ارتباطا بالعمر فى أدائها النفسى العصبى ؟

٦) ما مدى جودة أو ضعف مجموعة المعايير السابق نشرها للاختبار بالنسبة لمجموعات الأسوياء فى المراحل العمرية المختلفة ، ومستويات التعليم المختلفة ؟

٧)أى اختبارات البطارية هى التى تظهر فروقاً جوهرية بين الجنسين ، وهل هذه الفروق كبيرة بما يكفى لتبرير توفير معايير مختلفة لكل من الجنسين ؟ (Hea-ton et al.,1996) .

وقد يكون من الضرورى بالمثل أن نضيف سؤالا آخر لا يقل أهمية عن الأسئلة السابقة ، وهو : هل هذه المعايير مستخلصة من المجموعة الحضارية نفسها التى ينتمى إليها المريض فى تعلقها بزمان ومكان الفحص النفسى العصبى ؟

# الفصل الثامن

## مناهج البحث الإكلينيكية

## مناهج البحث الإكلينيكية

لايختص علم النفس الإكلينيكي بمناهج خاصة به تختلف عن مناهج البحث فى بقية فروع علم النفس ، غير أن الفصل الحالى يركز على قضايا منهجية نوعية تعد ذات أهمية خاصة فى مجال علم النفس الإكلينيكى .

وبصفة عامة تتضمن مناهج البحث عددا من الموضوعات الرئيسة التى يتعين تغطيتها، حتى يستطيع الدارس والباحث الاعتماد عليها فى خطاه لفهم كيفية التوصل إلى الحقائق وكيفية ممارسة البحث؛ سعيا نحو الوصول إلى معارف علمية جديدة يمكن اختبارها فى ضوء معايير المنهج الصارمة .

ومن بين الموضوعات التى لا يخلو منها التكوين العلمى للباحث: حصوله فى وقت مبكر على خلفية ملائمة حول المنهج ، فلسفته وقواعده ، والأساليب المنهجية المختلفة مبادئها وممارساتها ، وأساليب القياس والتقييم الملائمة للبحث الإكلينيكى ، وطرق تحليل البيانات وتقييمها وتفسيرها ، ثم المعايير الأخلاقية فى البحث ، يلى ذلك بالضرورة التعرف على قواعد النشر والتواصل العلمى بين الباحثين لتبادل المعارف التى يتوصلون إليها وتقييمها وتطويرها .

وتتضمن الخلفية الضرورية حول المنهج العلمى إقرار حقيقة أن النظرية ومنطق التفكير عاملان أساسيان فى مرحلة تصميم البحث ، وتتعلق بهما طرق جمع البيانات وتحليلها ، بمعنى أن هذه الطرق لا تعد مستقلة تماما ومنفصلة عن النظرية التى تقود الباحث فى خطواته الأولى ، على الرغم من أنه قد لا يكون معنيا فى هذه المراحل المبكرة من وضع خطة بحثه بطرق جمع البيانات أو تفسيرها .

وبينما تكتسب البحوث قيمتها الحقيقية من صلابة المفاهيم وسلامة الإجراءات التى استخدمت فيها ، وطرق اختبار فروضها والتفسيرات التى يتوصل اليها الباحث ، إلا أن حدود الدراسة دائما ما تقف معوقاً فى أحيان كثيرة أمام التعميمات التى يسعى الباحثون إليها ، والتى غالبا ما ترد فى الفقرات الأخيرة فى التقارير البحثية من خلال إشارات لعدم إكمال نسبة معينة من المبحوثين للتجربة أو نقص بيانات بعض المقاييس المستخدمة ، أو انسحاب بعض المفحوصين من مرحلة من مراحل الدراسة، أو قصور أساليب التحليل عن الوصول إلى بعض الإجابات، وجميعها عوامل تتدخل إلى حد بعيد فى إمكانية قبول التفسيرات المقدمة أو تعميم النتائج التى توصل إليها الباحث .

وتقع كل هذه القضايا فى إطار مناهج البحث التى يقصد من ورائها تدريب الباحث على تعرف العوامل المشكلة للبحث الجيد ، لا من خلال التصميمات الدقيقة أو النظرية القوية التى تقف خلفه فحسب ، بل ومن خلال المحددات التى توضح القيمة الحقيقية للجهد الذى بذله الباحث، والدلالات التى يمكن الخروج بها من النتائج .

أمر آخر يتعين أن يوضع فى الاعتبار ، وهو أن مناهج البحث – ليس فى علم النفس الإكلينيكى فحسب بل فى كل فروع العلم الأخرى – تتطور مع الوقت ، كما تتطور التصميمات البحثية ، وهو ما يؤدى إلى تراكم خبرات مختلفة تجعل معايير البحث العلمى الآن غير ما كانت عليه منذ عقود قريبة ، وتجعلها مختلفة إلى حد كبير عما يتوقع التوصل اليه بعد فترات زمنية أخرى غير بعيدة ، غير أن مناهج البحث تظل فى النهاية هى مجموعة المبادىء والأساليب والممارسات المتنوعة التى تحكم وتوجه البحث العلمى .

وتكتسب قضايا المنهج فى علم النفس الإكلينيكى أهميتها من ذلك التنوع فى طبيعة البحوث التى تمتد من قضايا التشخيص والتقييم والعلاج ، وبحوث فاعلية العلاج

والمقارنات بين العلاجات المختلفة ، والمقارنة بين نتائج العلاج واللاعلاج . كما تمتد من جانب آخر إلى تنوع شديد فى طبيعة العينات المستخدمة ، والتى تتراوح بين مرضى ، من فئات مرضية مختلفة ، لها خصائص مميزة، مثل الاكتئابيين أو الفصاميين أو مرضى الاضطرابات العصابية المختلفة أو أصحاب اضطرابات الشخصية وبما يتسم به أفراد كل فئة من هذه الفئات من مشكلات نوعية ، بالإضافة إلى كون بعضهم مقيماً فى المستشفيات والآخر غير مقيم ، بل وأيضا غير المرضى ممن يستخدمون فى مسوح الاضطرابات فى الدراسات الوبائية ، وهى تتراوح – من جانب ثالث – بين أنواع من العينات كالراشدين والأطفال والذكور والإناث والأسوياء وغير الأسوياء ، وأصحاب الاضطرابات الأحادية مقابل أصحاب الاضطرابات المتعددة .

وتفرض كل هذه الاعتبارات اهتماما مضاعفا بقضايا المنهج والاعتبارات التى يتعين عدم إغفالها بالنسبة للباحث فى هذا المجال .

**المفاهيم البحثية:**

تعد صياغة المفاهيم البحثية خطوة جوهرية مبكرة فى البحث الإكلينيكى ، ويتعين أن يضع الباحث فى اعتباره مقدمتين أساسيتين فى البحث النفسى قبل صياغة المفاهيم البحثية التى يسعى لاختبارها من خلال تصميم بحثى :

**الأولى:** هى أن السلوك محكوم بمحددات وراثية[1] وظروف بيئية[2]، وأن فهم السلوك والتنبؤ به والتحكم فيه مبرر تماما فى ضوء هذا الفهم .

**الثانية:** هى أن حقائق العلم هى حقائق الملاحظة العلنية المؤكدة ، وأن علم النفس هو علم السلوك ، وعلى الرغم من أن الظواهر الداخلية – التى تعد عناصر مهمة فى علم النفس مثل الأفكار والانفعالات والطموحات – ليست جزءا من هذا التعريف الأساسى لظواهر العلم التى تقع تحت الملاحظة، إلا أنها مفاهيم تستدل من السلوك وتلعب دورا محوريا فى علم النفس (Kimble,1989) . والقاعدة العامة فيما يتعلق بالمفاهيم والقضايا البحثية هى أنها تستمد من مصادر مختلفة مثل التراث سواء

(1) Genetic
(2) Environmental circumstances

النظرى أو البحثى ، ومن نتائج البحوث ، ومن ملاحظات الباحث وخبراته ، إلا أن هذه القضايا والمفاهيم تتطلب من الباحث معالجة نظرية على قدر كبير من التدقيق، فهو مطالب بتداول الفكرة المعينة من خلال عمليات انتخابها من بين أفكار عديدة تقفز مباشرة أمام انتباهه أو تفرض نفسها كاحتمالات تفسيرية لظواهر مختلفة ، وهو فى حاجة أيضا لفحص الفكرة من خلال مرادفاتها والاستعارات التى تتضمنها واستخداماتها فى سياقات أو نظم أخرى، وهو ما يمكن أن يضع يده على المتغيرات المختلفة التى يضمنها بحثه. وعلى الباحث أن يفكر فى السياقات التى تتضمن الأفكار التى يتعامل بها ، محددا مجالات المشكلات العريضة التى تتعلق بها هذه الأفكار ، وذلك من خلال مقارنات داخل وخارج نطاق المجال الخاص بالفكرة ، وأن يفكر فى الاعتبارات والمترتبات العملية للفكرة البحثية ، مدققا فى التراث وما تضمنه من إشارات سابقة فى الوقت ذاته .

وعندما يتناول الباحث فكرة معينة عليه أن يفكر فيما يمكن أن تكون عليه لو كانت غير ماهى عليه بالفعل ، من ذلك مثلا ماذا لو كانت الأساليب المعرفية يمكن أن تقضى على الهلاوس الذهانية ، أو ماذا لو كان من الممكن الحصول على سعة أكبر للذاكرة باستخدام عقاقير معينة ، وماذا لو كانت الهندسة الجينية قادرة على تغيير سمات الشخصية ؟

ومن الضرورى أن يقوم الباحث – فى هذه المرحلة – بسبر الفروض والانشغال بها من خلال أساليب مثل كشف الفروض الأخرى أو الفروض الفرعية الكامنة فيها ، وأن يفكر فى الفروض المناقضة لها ، ويناقش إمكان الثقة فى كل منها وإمكان رفضها فى الوقت ذاته . وعلى الباحث أن يقوم بتوضيح وتنظيم إطاره النظرى، وأن يتفحص ويدقق فى معانى المفاهيم المحورية (Wicker,1985).

ويذكر فيك أن الباحثين فى علم النفس يفضلون عادة التعامل مع المفاهيم التى تعبر عن كينونات مستقرة[1] ، ربما لأن هذه الكينونات أسهل فى القياس وفى تضمينها فى النظريات مقارنة بالعمليات[2]. غير أنه من الضرورى أن نتجه إلى

(1) Stable entities
(2) Processes

دراسة العمليات ، أى الظواهر من منظور ديناميكى وليس استاتيكياً ، فنحن يمكن أن ننظر إلى الموجة فى ذاتها ، كما يمكن أن ننظر اليها على أنها شيء يتغير ، وبالمعنى نفسه يمكن أن نتعامل مع الأسماء بوصفها أفعالاً، فكما ندرس الفكر من ناحيةيمكننا أن ندرس التفكير من زاوية أخرى ، ونتناول بالفحص العصاب من منظور بينما نتناول التعصيب من منظور آخر (Weick,1979) .

**العينات فى البحوث الإكلينيكية:**

عادة ما تستخدم عينات صغيرة الحجم فى البحوث الإكلينيكية والسيكايترية ، وتشير كريمر إلى أن عددا قليلا من البحوث يتراوح حجم العينة فيه بين ٣٠- ٤٠ مفحوصا فقط ، وإن كان العدد الذى يبدو مقبولا فى البحوث السيكايترية على وجه الخصوص هو ٢٠ مفحوصا، فى الوقت الذى تكتفى فيه بعض البحوث بعينات أقل من ذلك (Kraemer,1981) ، ويشير كازدين إلى أن الوضع يبدو أسوأ من ذلك** فى مجال بحوث المقارنة بين نتائج العلاجات النفسية (Kazdin,1986) . ولايمكن نتيجة لهذا الخروج بتعميمات من نتائج هذه البحوث حول ما يحدث على نطاق المجتمع . وعلى الرغم من أن قضية تعميم النتائج تشغل الأذهان باستمرار، كما أن لها أهميتها البالغة فى البحث العلمى،ربما فى بعض المجالات البحثية على وجه الخصوص، إلا أنه من الضرورى إيضاح الحقيقة المحورية فى هذا السياق، وهى أن البحوث المعملية دائما ما تصمم لتوضح ما يمكن أن يحدث فى العالم الواقعى ـ وليس ما يحدث بالفعل ـ وهى تسهم بذلك بصورة دالة فى فهم الأداء الإنسانى والنظرية ، وبالتالى فتعميم النتائج أو قابليتها للتطبيق ليس هو المهم أو المتعلق بالأمر دائما (Kazdin, 1998, p.115) .

المشكلة المنهجية التى تحظى بالاهتمام الأكبر هى الاختيار العشوائى للعينات وتوزيعها بين المجموعات التجريبية والضابطة، مع الحد من العوامل العشوائية الدخيلة[1] التى تؤثر فى موضوعية النتائج وتميل بها نحو التحيزات المختلفة ، ويؤثر

**في التحليل البعدي لشابيرو وشابيرو (Shapiro&Shapiro,1982,1983)بلغت نسبة البحوث التي قامت علي عينات تقل عن عشرة مفحوصين ٢٦ ٪ .

(1) Nuisance

العدد المحدود للعينة فى هذا الانتخاب العشوائى للعينات. ويذكر إيفرون أن العشوائية الكاملة تعانى عيوب العينات المحدودة ، فالتوزيع النهائى للعوامل الدخيلة بين المجموعة التجريبية والضابطة يمكن أن لا يكون متوازنا تماما (Efron,1971)، فى الوقت الذى يحذر فيه كوك وكيمبل من أن التكافؤ الذى يمكن تحقيقة من خلال التوزيع العشوائى للعينة فى المجموعات التجريبية والضابطة تكافؤ احتمالى[١] (Cook & Campbell,1979). والواقع أن احتمالية عدم التكافؤ بين العينات فيما يتعلق بالمتغيرات الدخيلة فى حالة التوزيع العشوائى قائمة باستمرار، وهى ترتبط إلى حد كبير بحجم العينة ، ويقدم هوسو (Hsu,1989) جدولا يتضمن احتمالية تدخل المتغيرات الدخيلة فى التعيين العشوائى للمجموعات البحثية لعينات تتراوح بين ٨ (ن=٨) و١٠٠ (ن=١٠٠) . فبالنسبة لعينة حجمها ٨ مفحوصين يصل احتمال تسرب متغير واحد دخيل عند قسمة العينة إلى مجموعة ضابطة وأخرى تجريبية إلى ٤٨٥٧و( أى ٥٠٪ تقريبا) بينما يصل احتمال تسرب ثلاثة متغيرات دخيلة لها إلى ٨٦٤٠و. أما عندما يصل حجم العينة إلى ١٠٠ فإن إحتمال تسرب متغير واحد دخيل يصل إلى ٠٠٠٦و فقط، ويبلغ احتمال تسرب ثلاثة متغيرات دخيلة إلى ٠٠١٨و، (أى أقل من ٢٪ تقريبا) . ويوضح الجدول الآتى هذه المستويات المختلفة لاحتمالية تسرب المتغيرات الدخيلة فى أحجام مختلفة من العينات العشوائية التى يتم تصنيفها إلى عينتين تجريبية وضابطة.

(١) Probabilistic

جدول رقم ( ١ )

تقدير لاحتمالية تسرب المتغيرات الدخيلة

فى المجموعات البحثية العشوائية

كدالة لعدد المتغيرات الدخيلة وحجم العينة

عدد المتغيرات الدخيلة

| ن | ١ | ٢ | ٣ |
|---|---|---|---|
| ٨ | ٤٨٥٧ر. | ٧٣٥٥ر. | ٨٦٤٠ر. |
| ١٢ | ٥٦٧١ر. | ٨١٢٦ر. | ٩١٨٩ر. |
| ١٨ | ٣٤٦٩ر. | ٥٧٣٥ر. | ٧٢١٤ر. |
| ٢٤ | ٢٢٠٣ر. | ٣٩٢١ر. | ٥٢٦٠ر. |
| ٣٢ | ٠٧٥٦ر. | ١٤٥٥ر | ٢١٠١ر. |
| ٤٠ | ٠٢٥٦ر. | ٠٥٠٥ر. | ٠٧٤٩ر. |
| ٦٤ | ٠٠٥٥ر. | ٠١١٠ر. | ٠١٦٤ر. |
| ٨٠ | ٠٠٣٤ر. | ٠٠٦٨ر. | ٠١٠٢ر. |
| ١٠٠ | ٠٠٠٦ر. | ٠٠١٢ر. | ٠٠١٨ر. |

عن سوهو (Hsu, ١٩٨٩)

وعلى هذا ينصح هوسو باستخدام أسلوب الاختيار العشوائى لكل عينة من العينتين باستقلال كل منهما عن الأخرى من وعاء واحد[١] كبير بدلا من اختيار عينة واحدة عشوائية ثم قسمتها عشوائيا إلى عينتين إحداهما تجريبية والأخرى ضابطة (op.cit.,)، حيث لا تعدان فى واقع الأمر عينتين عشوائيتين مسحوبتين من وعاء واسع للأفراد كما هى الحال فى الطريقة المقترحة ،ويميز هوسو فى ذلك بين النوع الأول من الاختيار العشوائى أو نموذج العشوائية [٢] الذى يتيح الفرصة لتسرب متغير دخيل مع ضبط تكافؤ العينتين فى متغير آخر دخيل نتيجة للتقسيم العشوائى لها.

(1) Random Sampling model of the two independent groups

(2) Randomization model

**اختبار الفروض**

تصمم أغلب البحوث فى مجال العلاج النفسى لاختبار الفروض ، ويمكن أن نتبين أن هناك هدفين رئيسين على الأقل فى هذا النوع من البحوث من بين أهداف أخرى كثيرة:

**الهدف الأول :تأييد أو دحض فروض نظرية**

ويبرر هذا الهدف أن هناك نسقاً من الافتراضات النظرية تتعلق بمجموعة من المقدمات التى توفر أساسا علميا لاختبار الفروض ، وعندما تتأيد مثل هذه الفروض تجريبيا يمكن الثقة بقدر أكبر فى النظرية ، أما إذا لم تتدعم هذه الفروض أو رفضت تجريبيا أو لم يكن من الممكن اختبارها فإن الأمر ينعكس على النظرية بصورة تدعو للكثير من الشك فيها. وعلى الرغم من أن النتائج التجريبية سواء تضمنت قدرا من الاتساق ، أو عدم الاتساق مع الافتراضات النظرية، إلا أن الضرورة المنطقية نادرا ما تفرض أن تؤدى نتائج اختبار الفروض تجريبيا إلى تعديلات فى بناء النظرية ، ليس نادرا بل دائما ما لاتجرى مثل هذه التعديلات على الأبنية النظرية فى ضوء نتائج تجريبية لاحقة عليها،ويرجع الأمر فى الواقع إلى حقيقة أن النظرية لا يبرهن على صحتها من خلال بيانات تجريبية ، والأمر بالمثل عندما لاترجح النتائج التجريبية معطيات نظرية معينة ، حيث لايمكن رفضها فى هذه الحالة (Greenwald, et al.,1986,) . ويذكر ماهرر أن مستقبل نظريات العلاج النفسى لا يخضع (للأسف) لضرورات منطقية تجعلها تتأثر بصورة حادة بنتائج بحوث اختبارات الفروض (Mahrer, 1988).

**الهدف الثاني : هو الإسهام في البناء التراكمي للمعرفة في العلاج النفسي**

وحيث يبرر اختبار الفروض باعتباره إسهاما فى البناء التراكمى للعلاج ويوضح فحص تراث العلاج النفسى أن هناك فئتين مقبولتين من المعارف فى هذا السياق: تتضمن الفئة الأولى الحقائق العلمية المعتمدة ، أى الحقائق الراسخة والموضوعية المختبرة تجريبيا ، وتتضمن الفئة الثانية القوانين والمبادىء فى مجال

العلاج النفسى ، وحيث تعد بحوث اختبار الفروض هنا بمثابة المدعم والمؤيد لهذه المعارف ، فهى تسهم فى هذا التراكم المعلوماتى فى العلاج . وفى إطار الهدف الثانى لاختبار الفروض تكتشف حقائق جديدة يتعين اتباع خطوات نظامية تؤدى اليها:

**الخطوة الأولي:** هى اختيار بعض مجالات العلاج النفسى التى يرغب الباحث فى فحصها عن قرب ، مثل الظاهرة أو الواقعة العلاجية التى تثير اهتمامه أو تدعوه لفحصها بصورة متعمقة والتعرف على تفاصيلها ، وعلى الباحث أن يتخلى هنا عن المفاهيم الإصطلاحية ويفكر فى المشكلة باستخدام تعبيرات بسيطة ومباشرة ، وعليه أن ينحى جانبا القوانين العلاجية أو المبادىء العامة ، وأن يفكر فقط فيما يثير شغفه بالظاهرة ويستحق منه الاهتمام .

**الخطوة الثانية:** هى الحصول على عينات من الظاهرة أو الحدث العلاجى الذى يرغب الباحث فى فحصه واختباره عن قرب ، من ذلك الحصول على تسجيلات صوتية أو مصورة ، ويجب الحصول على قدر كبير من هذه العينات ، ولا يعنى ذلك أنه من المتاح دائما الحصول على عينات لظواهر علاجية من المفحوصين ، فكثيرا من المواقف قد لاتتاح فيها إمكانية تسجيل ورصد الانفعالات والمشاعر. وكثير من المواقف يمكن أن تكون فريدة وغير متكررة ، غير أن كل ذلك لا يعنى عدم السعى نحو الحصول على مادة وفيرة للظاهرة التى يرغب الباحث فى دراستها .

**الخطوة الثالثة:** هى الحصول على أدوات قياس ، أو تطوير مثل هذه الأدوات التى تسمح للباحث بجمع مادة مقننة ، وبعض الأساليب والأدوات قد تتضمن إجراءات معينة كأن تكون إجراء مقابلات شخصية مع مرضى أو معالجين للتعرف على لحظات أو مراحل مختلفة تمر بها الحالة أو تحدث فى موقف علاجى، وهنا يتعين تسجيل هذه اللحظات سواء صوتيا أو تصويرها بالصوت والصورة ، مثال ذلك إذا كان الهدف من البحث هو اكتشاف طبيعة نوبات الجيشان العاطفى فى صورة انفعال شديد أو بكاء المريض فى الجلسة العلاجية ، فمن الضرورى فى مثل هذه الحالات الحصول على قدر كاف من التسجيلات لمثل هذه اللحظات الانفعالية من خلال أكثر من مريض، ومن خلال جلسات مختلفة ومعالجين مختلفين ، ويؤدى

فحص كل تسجيل من هذه التسجيلات - فى ضوء إجراءات منهجية دقيقية ومعايير أخلاقية صارمة - إلى التعرف على خصائص هذه اللحظات المعينة فى الموقف العلاجى، ومدى تعلقها بمتغيرات أخرى قد يكشف عنها الفحص. ومن الضرورى فى مثل هذه المعالجات أن لا يعتمد الباحث على تقديراته الخاصة وتحليلاته لمثل هذه التسجيلات ، بل يتعين أن يلجأ إلى محكمين متمرسين يقومون بهذه المهمة مع التأكد من ثبات تقديراتهم من خلال حساب ثبات المحكمين[1]، يلى ذلك تصنيف هذه المادة فى فئات واضحة ثم تحسين التصنيف وتحديد الخصائص وهى الخطوة التى تساعد على صياغة فروض حول هذه الفئات. ويعد مجرد التوصل إلى نظام تصنيفى حول مواقف أو ظواهر علاجية معينة فى أحيان كثيرة إضافة علمية ، إن لم يكن اختبارا لفروض حول مثل هذه الظواهر التى قد ينظر اليها فى فترة مبكرة قبل التوصل إلى هذا النظام التصنيفى؛ باعتبارها استجابات تلقائية فردية لا يحكمها منطق معين .

**الخطوة الرابعة:** هى جمع معلومات ، وتطبيق الأدوات على كل الحالات أو اللحظات التى يهدف الباحث إلى بحثها ، وإذا توافر له قدر كبير من عينات السلوك أو اللحظات أو المواقف العلاجية فعليه أن يطبق النظام التصنيفى الذى توصل اليه على العينات التى لم تستخدم فى وضع تصنيفاته ، أما إذا كان لديه قدر محدود من العينات السلوكية فمن الأفضل فى هذه الحالة استخدام مجموعة أخرى من المحكمين ويطبق النظام التصنيفى على البيانات التى استخدمت فى التوصل اليه ، وفى كل الحالات فإن تطبيق النظام التصنيفى الذى توصل اليه الباحث بعناية وصرامة يؤدى إلى إلقاء نظرة قريبة تمكنه من الشروع فى تطوير حس أو توجه استكشافى من البيانات . والباحث الإكلينيكى مطالب بأن يكون منفتحا على الجديد فى المعطيات المتوافرة أمامه ، ماهو مألوف فيها ، وماهو مختلف ، ماهو غير متوقع وماهو متميز أو مثير للتحدى ، من الضرورى أن يكون الباحث يقظا لما يبدو أنه غير متوافق ، ماهو صعب الإدراك أو صعب التنظيم أو التفسير ، وتبنى هذا التوجه يؤدى لأن يصبح الباحث الإكلينيكى حساسا للاستكشاف والتوصل إلى الحقائق الجديدة .

(1) Inter raters reliability

**تجنب معوقات الاستكشاف**

يواجه الباحث خلال توجهاته البحثية الاستكشافية عددا من المعوقات التى تطمس الحقائق فى بداية مراحل التعرف عليها وصياغتها ، ومن الضرورى أن يكون الباحث واعيا لهذه المعوقات حتى يمكنة الوصول بجهده البحثى إلى بر الأمان ، ومن أهم المعوقات التى يمكن أن تواجه الباحث الآتى :

**أولا :** الميل للتفسيرات السهلة والسريعة التى يجدها متوافرة تحت يديه للظاهرة أو الأحداث التى يقوم بفحصها ، وقد يوفر له المنحى الإكلينيكى الذى يتبناه مثل هذه التفسيرات السهلة والسريعة التى تنتهى إلى طمس حقائق الملاحظة المباشرة .

**ثانيا :** الانتقال السريع من الشواهد المباشرة إلى تعميمات وكليات من درجات عليا تتضمن هذه الجزئيات وتربط بينها وتنظمها فى سياقات مقبولة ذات إغراء .

**ثالثا :** العبور من المعطيات التجريبية المباشرة والملاحظات الواقعية تحت تأثير ميول معينة وسياقات معيارية إلى صياغات عامة ، من ذلك حساب المتوسطات الإحصائية والخصائص العامة والمشتركة التى يمكن أن تخفى بسهولة ما يمكن اكتشافه من التفاصيل الملاحظة .

**رابعا :** الاندفاع نحو القوانين العامة ، والحقائق والمبادىء ، وعلى الرغم من أن الهدف البعيد للعلم هو الوصول إلى هذه الحقائق والمبادىء والقوانين العامة، إلا أن الاندفاع نحوها فى مراحل الاستكشاف الإكلينيكى لظواهر جديدة يمكن أن يعوق التوجهات البحثية التجريبية فى المجال (Mahrer, 1988).

**المتغيرات المعدلة (١) والمتغيرات الوسيطة (٢)**

عادة ما يلاحظ خلط شديد لدى كثير من الباحثين بين معنى واستخدامات كل من مفهومى المتغيرات الوسيطة والمتغيرات المعدلة ، ويمتد هذا الخلط إلى التعبير البيانى عن العلاقات بين متغيرات البحث المختلفة ، والمعالجات الإحصائية التى يقوم بها الباحث وهو ما يؤدى فى نهاية الأمر إلى فشل النتائج المقدمة فى تقديم حقائق

(1) Moderated Variables
(2) Mediated Variables

مقبولة ، ومن الضرورى أن يتضح أمام الباحث تعريف هذين النوعين من المتغيرات واستخداماتهما فى الأنساق البحثية التى يتبناها:

**المتغير المعدل**

وفقا لبارون وكيني (Baron & Kenny,1986)فإن المتغير المعدل هو متغير كيفى [١]( قد يكون الجنس أو العرق أو الطبقة ) أو متغير كمى[٢] يؤثر فى اتجاه أو قوة العلاقة بين متغير أو منبىء مستقل، وبين متغير أو محك تابع أو يؤثر فى القوة فقط أو الاتجاه فقط ، ويمكن التعبير عن التأثير الأساسى المعدل باعتبارة تفاعلا بين متغير مستقل محورى وبين عامل (المتغير المعدل) يحدد الشروط الملائمة لعمله ، وتقدم المتغيرات المعدلة نمطيا عندما يكون هناك ضعف غير متوقع أو علاقة غير متسقة بين منبىء ومتغير محكى . وبذلك يكون المتغير المعدل هو الشروط أو الحالة التى تحدث نتيجة لها تأثيرات معينة ، كما أنه بالمثل الشروط أو الحالة التى يتباين وفقا لها اتجاه أو قوة تأثير ما . وبنفس المعنى يكون المتغير المعدل هو المتغير الذى يؤثر فى العلاقة بين متغيرين ، بحيث تتباين طبيعة تأثير المتغير المنبىء على المحك نتيجة لمستوى أو قيمة المتغير المعدل ، ويتفاعل المتغير المعدل مع المتغير المنبىء بالطريقة التى تؤدى إلى تأثير على مستوى المتغير التابع .

**المتغير الوسيط**

أما المتغير الوسيط فيحدد كيف يحدث تأثير معين (أى الميكانيزمات التى يعمل بها المتغير ) ، ويعرفه بارون وكيني تحديدا بالآتى: المتغير الوسيط آلية توليدية[٣] يؤثر من خلالها المتغير المحورى على المتغير التابع ... ويحدث التوسط فى حالة قيام علاقة قوية بين المتغير المنبىء والمتغير المحكى (Op. Cit.,). ويعنى ذلك أن المتغير المستقل يؤدى إلى متغير وسيط، ويقوم هذا الأخير بإحداث النتيجة ، وعلى الرغم من عدم ضرورة أن تكون العلاقة بين المتغير التابع والمتغير الوسيط والنتيجة علاقة سببية ، فإن طبيعة العلاقة الوسيطية تأخذ صورة تأثير من المتغير

(1) Qualitative
(2) Quantitative
(3) Generative Mechanism

المستقل فى المتغير الوسيط ، والذى يؤثر بدوره فى المتغير التابع ، ومن الأمور الجوهرية فى هذا السياق ضرورة توافر مطلب أساسى يتمثل فى قيام علاقة جوهرية بين المتغير المستقل والمتغير التابع قبل اختبار تأثير متغير وسيط.

**أساليب المعالجة الإحصائية للمتغيرات المعدلة**

يختلف أسلوب المعالجة الإحصائية فى حالة ما إذا كان المتغير المنبىء والوسيط متصلين(١) عن الحالة التى يكونان فيها ثنائيين(٢)، إلا أن الاستراتيجية العامة تظل واحدة دون اعتبار لطبيعة المتغيرات المستخدمة ، ولأن التأثير المعدل يلعب فى حقيقة الأمر دورا تفاعليا ، تصبح الاستراتيجية المفضلة فى هذه الحالة هى استخدام متغيرات متصلة واستخدام أساليب الانحدار المتعدد(٣) (Jaccard et al., 1990, James&brettt, 1984).

**اختبار التأثيرات المعدلة بمعادلة انحدار**

يتم فى هذا الأسلوب إدخال كل من المتغير المنبىء والمتغير المعدل ( وأى تباين ثنائى ) فى معادلة الانحدار أولا ، على أن يعقب ذلك التفاعل الخاص بالمنبىء ثم المتغير المعدل ، وبناء على الإطار النظرى الذى يتبناه الباحث يمكن إدخال التأثيرات الرئيسة بشكل متدرج(٤) ، أى تحليل سلاسل(٥) . مثال ذلك إذا كنا فى سبيلنا لتحليل نتائج تجربة حول الصراعات الزوجية باعتبارها منبئا ،وبنية العائلة بوصفها معدلاً ، فيمكن إدخال درجات الصراع الزواجى بأى ترتيب أو إدخالهما متزامنين ، وتكون نتيجة التفاعل فى المعادلة هى ناتج التأثيرين الرئيسين (أى الصراع الزواجى Xبنية الأسرة ) ، وعلى الرغم من إمكان إدخال التأثير الرئيس وفق أى ترتيب ، إلا أنه يتعين إدخاله قبل حساب التفاعل الخاص بالمتغيرين الأساسيين حتى يمكن التعبير عن التفاعل الذى يحدث عند إضافته للمعادلة .

---

(1) Continuous
(2) Dichotomous
(3) Multiple Regression
(4) Hierarchical
(5) Stepwise

وبناء على الطريقة التى يتم بها حساب التفاعل سيكون الارتباط بين التأثيرات الرئيسة ( أى المنبىء والمعدل) مرتفعا بطرفى التفاعل فى المعادلة . وقد يحدث – فى بعض الحالات – ظهور تأثيرات متعددة مائلة[1] بين المتغيرين المنبىء والمعدل. ولتجنب هذه الظاهرة يفضل فى هذه الحالة استخدام درجات انحرافية لهما بدلا من الدرجات الخام ، والتى يمكن حسابها بطرح الدرجات الفردية من متوسط العينة لكل أفراد العينة ، ولا يؤثر هذا التحويل على مستوى دلالة التفاعل أو على التعبير البيانى لخطوط الانحدار البسيطة . وتفسر التفاعلات الدالة إحصائيا برسم خطوط انحدار لكل من القيم الكبرى والصغرى للمتغير المعدل ، وتستخدم لرسم خطوط الانحدار معادلة تتضمن التباينات المشتركة[2] (إذا وجدت هذه التباينات ) والتأثيرين الرئيسين والتفاعل (للمعالجة الإحصائية التفصيلية يمكن الرجوع إلى Aiken &West,1991) .

ويحذر هوليمبيك من صعوبة تحديد الدلالة الإحصائية للتأثيرات المعدلة، وهو الأمر الذى يحتمل أن ينتج عن استخدام عينات متجانسة نسبيا لأن كل القيم العليا والدنيا للمتغيرين المعدل والمنبىء قد لاتكون ممثلة بصورة ملائمة ، وهو ما يحدث أيضا فى حالة عدم ثبات المقاييس (Holmbeck,1998).

**اختيار التأثيرات المعدلة بمعادلة بنائية**

نتيجة لمشكلة تعدد أخطاء القياس عند حساب التفاعل يفضل استخدام معادلة بنائية [3] حيث تقلل من تحيزات قياس التأثير المعدل (Jaccard&Wan,1996)، والواقع أن معامل الانحدار يؤدى إلى تقدير منخفض لحجم تأثير التفاعل ، وحيث يتزايد على وجه الخصوص حجم أخطاء القياس فى كل من المتغيرين المنبىء والمعدل ، كما تفضل المعادلات البنائية أيضا عندما تتضمن الدراسة أكثر من متغير واحد مقاس لكل مفهوم أو متغير كامن . وتتضح ميزة استخدام معادلة بنائية عندما يكون المتغير المعدل ثنائيا واستخدم لقياسة أكثر من مقياس ، مثال ذلك أن الباحث مهتم بفحص ما إذا كان الارتباط بين منبىء أو مفهوم كامن مقاساً بأكثر من مقياس، ومتغير آخر محكى مقاساً

(1) Multicollinearity
(2) Covariates
(3) Structural equation modeling(SEM)

أيضا بأكثر من مقياس يتباين كدالة للجنس . ولاختبار وجود تأثير معدل، يتعين تقييم سلامة النموذج أولا من خلال استيفاء شرطين : الأول هو عندما تتباين العلاقة بين المنبىء والمتغيرات المحكية كدالة للجنس ، الثانى عندما تكون العلاقة بين المنبىء والمتغيرات المحكية متساوية بالنسبة للجنسين ، والقيد الذى يفرضه هذان الشرطان هو اختبار النموذج البنائى عندما لا يوجد تفاعل بين المنبىء والجنس، وحيث يمكن عندئذ حساب دلالة الفروق بين قيم النموذجين باختبار مربع كا ، وعلى العكس من المتبع فى التحليلات الإحصائية الأخرى فإن القيمة المنخفضة لمعامل مربع كا – أى القيم غير الدالة له– تعد هى المؤشر لحسن الملاءمة [1] (Simons et al.,1993) .

## أساليب المعالجة الإحصائية للمتغيرات الوسيطة:

### اختبار التأثيرات الوسيطة بمعادلة انحدار

هناك أربعة شروط يتعين توافرها حتى يمكن اعتبار متغير ما متغيرا وسيطا:

الأول: هو أن يكون المنبىء (أ) مرتبطاً جوهريا مع المتغير الوسيط المفترض (ب) . الثانى : أن يكون المتغير المنبىء (أ) مرتبطاً جوهريا بالمتغير التابع (ج) . الثالث : أن يكون المتغير الوسيط (ب) مرتبطاً جوهريا بالمتغير التابع (ج) .الرابع : أن يكون تأثير المتغير المنبىء (أ) على المتغير التابع (ج) أقل بعد التحكم فى المتغير الوسيط (ب) ، والنتيجة الحتمية للشرط الثانى هى أنه يتعين أن يكون هناك أولا ارتباط جوهرى بين المنبىء والمتغير التابع حتى يقوم المتغير الوسيط بدوره، بمعنى آخر إذا لم يكن المتغيران (أ) ،(ج) مرتبطين جوهريا فلن يكون هناك تأثير جوهرى يتوسطهما . ويلاحظ هنا الفارق بين المنطق الخاص بالمتغيرات المعدلة والمنطق الخاص بالمتغيرات الوسيطة، فمثل هذه العلاقة الجوهرية بين المنبىء والمتغير التابع غير مطلوبة فى حالة المتغيرات المعدلة ، كما أنها غير مطلوبة أيضا فى حالة التأثيرات غير المباشرة ، ويمكن اختبار الحالات الأربع من خلال ثلاثة تحليلات انحدار متعدد ، ولا تختلف هذه الاستراتيجية عن الحالة التى يستخدم فيها تحليل المسارات[2] (Cohen&Cohen,1983)حيث تختبر دلالة مسار (أ) ← (ب)

(1) Goodness of fit
(2) Path analysis

(فى الاتجاه المتوقع ) وهى الحالة التى يوضحها الشرط الأول فى تحليل الانحدار الأول ، بعد التحكم فى أى تباين ثنائى . كما تختبر دلالة تأثير مسار (أ) ←(ج) وهى الحالة الثانية وفق الشروط السابقة وأخيرا يستخدم المتغيران (ا) ،(ب) باعتبارهما متنبئين فى المعادلة الثالثة وحيث يكون المتغير (ج) هو المتغير التابع ، ويوصى بارون وكينى بإدخال متزامن وليس إدخالا متدرجا فى هذه المعالجة الأخيرة، وبهذا يختبر تأثير المتغير (ب)على المتغير(ج) بعد التحكم فى المتغير (أ) ، كما يختبر تأثير (أ) على (ج) بعد التحكم فى المتغير (ب) (Baron&Kenny,1986) .ودلالة المسار (ب) ← (ج) فى هذه المعادلة التى يتم التحكم فيها بالمتغير (ب) مقارنة باختبار تأثير (أ)على (ج) فى المعادلة، الثالثة تمثل الاختبار المطلوب فى الحالة الثالثة ويعد التأثير النسبى للمتغير (أ) على المتغير (ج) فى هذه المعادلة، وحيث يتم التحكم فى المتغير (ب) مقارنة بتأثير المتغير (أ) على (ج) فى المعادلة الثانية ،كما يتم التحكم فى المتغير (ب)اختبارا للشرط الرابع ، ويتعين تحديدا أن يكون المتغير (أ) اقل ارتباطا بالمتغير (ج) فى المعادلة الثالثة مقارنة بالحالة التى توجد فى المعادلة الثانية .

### اختبار التأثيرات الوسيطة بمعادلة بنائية

لايختلف المنطق الخاص باستخدام المعادلة البنائية فى اختبار التأثيرات الوسيطة عن المنطق الذى سبق أن عرضنا له عند استخدام هذا الأسلوب فى اختبار التأثيرات المعدلة التى تتضمن متغيرات معدلة ثنائية(١) ، ويعد استخدام معادلة بنائية مفيدا على وجه الخصوص عندما يتضمن التصميم التجريبى قياسات متعددة للمتغير أو المفهوم الكامن موضوع الاهتمام . فإذا افترضنا أن لدينا متغيراً منبئاً عبارة عن مفهوم كامن نشير اليه بالرمز (أ) ومتغير وسيط نرمز له بالرمز (ب) ونتيجة نرمز لها بالرمز (ج) ، فستكون الخطوة الأولى هى تقييم ملاءمة نموذج التأثير المباشر ، (أ ب) وبافتراض الملاءمة تكون الخطوة التالية هى تقييم ملاءمة النموذج كله أ ← ب ← ج، وبافتراض ملاءمة هذا النموذج الكلى يتم فحص دلالة المسارات أ ←٢، ب ، ب ← ج، وعند هذه المرحلة فإن المسارات أ ← ج

(1) Dichotomous

، أ ←ب ، ب ←ج ستكون جميعها دالة فى الاتجاهات المتوقعة ( وهو الأمر نفسه فى النموذج أ ←ب ←ج ) وهو الأمر المماثل لأسلوب الانحدار . والخطوة الأخيرة لاختبار ما إذا كان هناك تأثير وسيط ستكون تقدير ملاءمة النموذج أ ←ب ←ج فى ضوء حالتين: الأولى هى عندما يكون المسار أ ←ج يساوى صفراً، والثانية هى عندما يكون المسار أ ←ج أكبر من الصفر ، وهنا يختبر ما إذا كان النموذج الثانى يوفر دليلا جوهريا على الملاءمة يتجاوز النموذج الأول ، ويقيم برهان الملاءمة باختبار دلالة للفرق بين نموذجى مربع كا . لمزيد من التفصيل راجع ( Baron & Kenny,1986) .

### تصميمات تجارب الحالة المفردة(١)

تتوافر مصادر كثيرة لمناهج البحث فى علم النفس ، تعرض وتناقش المناهج التجريبية المختلفة وأنواع العينات وأساليب التحليل الإحصائى والتى يستطيع الدارس الوصول اليها بقدر كبير من اليسر. غير أن القضايا النوعية فى مجال علم النفس الإكلينيكى، ومشكلات العينات الصغيرة ، وصعوبة الحصول على عينات ضابطة مطابقة للعينات المرضية ، أو استخدام عينات تجريبية متجانسة، تؤدى إلى مصاعب يتعين على الباحث فى مجال علم النفس الإكلينيكى تناولها بحرص شديد . وأحد الأساليب البحثية التى نشأت فى إطار الاهتمامات الإكلينيكية هى التصميمات التجريبية للحالة المفردة ، وهى التصميمات التى تسعى إلى تتبع الأعراض المرضية خلال العلاج لدى مريض واحد ( أو عدد قليل من المرضى ) ، والمقارنة بين ما كانت عليه فى مرحلة خط الأساس ومراحل التدخل التالية، وهو ما يؤدى إلى الحصول على بيانات ملائمة تماما للكشف عما إذا كان هذا التدخل مناسبا أم لا، ومتى أدى إلى التأثير الملاحظ ، وربما أيضا كيف أحدث هذا التأثير. ويشير عدد من الباحثين إلى أن قيام المعالج بتصميم بحثى يعتمد على قاعدة بيانات لسلاسل زمنية(٢) مع قياس المستويات القاعدية يستوفى متطلبات التجربة الحقيقية ، وهو ما يتعين أن يقف جنبا إلى جنب مع التصميمات التجريبية التى تستخدم مجموعات

(1) Single case experimental designs
(2) Time-series

كبيرة (Barlow&Hersen,1984,Bergin&Strupp,1970,Kazdin,1982,1992) . ويتعين ضرورة عدم الخلط بين هذه التصميمات وبين دراسة الحالة[١] ، فبينما دراسة الحالة عبارة عن تقرير استعادى[٢] لملاحظات حول أفراد ، يفيد فى إثارة عدد من الأسئلة التى تحفز البحث ، فإن تصميمات تجارب الحالة المفردة عبارة عن خطة بحث مستقبلية[٣] . وبينما كانت دراسة الحالة وامتداداتها – مع قليل من الاستثناءات – هى المنهج البحثى الوحيد للبحث الإكلينيكى خلال النصف الأول من القرن العشرين ، فقد كانت فى الواقع هى الأساس الذى تطورت بحوث الحالة المفردة فى إطار علم النفس الإكلينيكى من خلالها (Barlow&Hersen,1984,p.9)، ومن خلال أعمال باحثين مثل شابيرو Shapiro فى خمسينيات القرن الماضى وشاسان Chas-sanفى ستينيات القرن العشرين (Wilson,1995).ويتزايد الآن الاهتمام بمناهج دراسة الحالة المفردة فى علم النفس الإكلينيكى ، ومن أمثلة استخداماته البحوث التى تسعى لتقييم نتائج العلاجات المختلفة ، واستخدامات العقاقير فى علاج حالات فردية ، ونتائج برامج التدريب المختلفة .

**مشكلة العينات الصغيرة في البحث الإكلينيكي**

تتضح أهمية مناهج دراسة الحالة المفردة من المشكلات المتعلقة بإمكانية الحصول على عدد كاف من الحالات التى تتطابق فيها المتغيرات المختلفة ، فغالبا ما تتدخل عوامل متباينة مثل العمر والجنس والمستوى المرضى والذكاء وسمات الشخصية وغيرها ، إلى التأثير فى تجانس العينة وتؤثر فى النتائج المتوقعة للعلاجات المختلفة فى عينات البحوث الإكلينيكية ، كما تتدخل هذه العوامل بالمثل فى إمكانية الحصول على عينات ضابطة ملائمة ، وحتى فى حالة الحصول على عينات مرضية من مستشفيات أو عيادات أو مراكز علاجية مختلفة ، فإن ضبط أغلب المتغيرات ذات الصلة التى يمكن أن تتدخل فى النتائج يبدو أمرا شديد الصعوبة .

---

(1) Case study
(2) Retrospective
(3) Prospective

وعلى الرغم من وجود أساليب بحثية يمكنها التغلب على مشكلة نقص العينات وتمكن الباحث من الاستفادة بمنحى بحوث المقارنة بين المجموعات؛ كأن يجرى البحث على مدى زمنى ممتد أو يجتهد الباحث فى الحصول على العينات من أكثر من مكان فى الوقت الواحد ، إلا أن كلا من المنحيين يتضمن الكثير من المشكلات العملية، من ذلك أن اللجوء لفترة ممتدة للبحث يمكن أن يعرضه للتأثر بمتغيرات كثيرة، سواء فى النظم البحثية أو فى درجة تعاون المؤسسات أو الإمكانات المادية المتاحة للبحث ، كما أن الاستعانة بحالات من مؤسسات أو مستشفيات مختلفة يمكن أن تتضمن تعرض مرضى كل مؤسسة أو مستشفى لنوع ومستوى مختلف من الرعاية، بالإضافة إلى تباين بيئة الإقامة أو العلاج من مؤسسة إلى أخرى .

**عينات ضابطة غير مشوهة**

تنشأ مشكلة أخرى فى منحى المقارنة بين المجموعات ، حيث تظهر صعوبة فى الحصول على عينة ضابطة نقية من المتغيرات الدخيلة ، فسحب هذه العينات من المستشفيات لا يتضمن الثقة فى أن فريق الرعاية لن يحاول تطبيق أو اختبار الأساليب العلاجية المستخدمة فى البحث على أفراد العينة الضابطة من منطلق الرغبة فى المساعدة ، كما لا يمكن عزل تدخل الأقارب المترددين على المرضى وتأثيراتهم إذا كانوا ضالعين – على وجه الخصوص –فى البرامج العلاجية التى يشترك فيها المرضى ، يحدث كل ذلك حتى إن كانت العلاجات المقدمة غير مؤكدة القيمة ، ورغم أنه يمكن التغلب على مثل هذه المشكلات من خلال الحصول على العينة الضابطة من مستشفى أو مركز آخر ، إلا أن هذا الحل يمكن أن يتضمن مشكلات أخرى هى التى أشرنا إليها عند الحديث عن سحب العينات من مراكز بحثية متعددة .

ولاشك فى أن وصف النتائج المستخلصة من عينة تتكون من خمسين مريضا حصلوا على علاج معين تتوافر له قيمة أكبر من النتائج الفردية المستخلصة من خمسين مريضا كل منهم باستقلال عن الآخر، غير أن الصعوبة الكبرى التى يتسم بها هذا المنحى تتمثل – كما اتضح خلال الممارسات المبكرة– فى أن المرضى الذين يصنفون معا فى فئة علاجية غالبا ما يكونون غير متجانسين ، ويذكر بارلو وهرسن أن العصابيين الذين

وصفهم أيزنك فى مقالة عام ١٩٥٢ قد يكون بينهم من الخصائص المشتركة أقل من أى مجموعة يمكن اختيارها عشوائيا (Barlow&Hersen,1984,p.11).

مشكلة أخرى لا تقل أهمية فى بحوث المقارنة بين المجموعات فى مجال علم النفس الإكلينيكى ، فى بحوث فعالية العلاج على وجه الخصوص ، وهى مشكلة أخلاقية فى الأساس، تتمثل فى أن المقارنات تتطلب حجب المزايا العلاجية التى تقدم للمجموعة التجريبية عن أفراد المجموعة الضابطة ، وهو أمر يمكن أن يواجه باعتراضات لا من الأخصائيين الإكلينيكيين الممارسين فحسب، بل من أسر وأقارب المرضى؛ باعتباره يحجب فرصة قد توفر إمكانية استفادة كل المرضى من العلاجات المقدمة، حتى إذا لم يكن هناك دليل على احتمال الحصول على نتائج إيجابية فى المرحلة المبكرة من البحث (Wilson, 1995).

ولايقل عن كل ذلك أهمية أن جمع عدد كبير من الحالات فى فئات عريضة التعريف يسقط من هذه الحالات خصائصها الفردية المميزة، ويؤدى إلى فقدان التقارير الخاصة بنسب نجاح العلاج لقيمتها (Barlow&Hersen Loc. cit.).

ويلاحظ من ناحية أخرى إمكانية مقارنة نتائج حالة فردية بعينة ضابطة محدودة العدد؛ من خلال تحويل الدرجة التى يحصل عليها المفحوص فى دراسات الحالة المفردة إلى درجة معيارية (Z score)فى ضوء متوسط وانحراف العينة الضابطة، ثم تفسير هذه الدرجة من خلال موقعها فى المساحة تحت المنحنى الاعتدالى . وعندما يقوم الباحث مسبقا بوضع فرض حول اتجاه درجة المفحوص على المهام المقيسة ، أى افتراض أن درجة المفحوص ستكون أدنى بفرق جوهرى من متوسط درجات أفراد العينة الضابطة ، فستكون الدرجة المعيارية ٦٤٥و١- لهذا المفحوص دالة إحصائية فيما بعد ٠٥و، وهو ما يمكن اعتبارة مؤشرا على تحقيق التدخل العلاجى لنتيجة جوهرية (Crawford&Garthwaite,2005).

**الخطوات المنهجية في دراسة الحالة المفردة**

عادة ما تكون البداية فى منهج دراسة الحالة المفردة هى تحديد موضوع البحث ، ونوع الممارسات التجريبية التى ستستخدم ، واختيار المفحوص الذى سيكون

موضوعا للبحث ، يلى ذلك مباشرة ثلاث مهام تمهيدية هى الآتى :

**١) اختيار مناهج القياس التتابعي(١) الملائمة**

وحيث يتعين أن يكون نظام القياس والتقييم المستخدم ملائما للسلوك موضوع التجريب وقابلا للتطبيق ، ويمكن بالطبع اختيار أكثر من أسلوب للقياس ، على أن يستوفى الأسلوب المستخدم محك الصدق ومحكات الثبات المختلفة التى يتطلبها هذا الأسلوب تحديدا ، وهو ما يتطلب فى حالة قيام باحث واحد بعملية القياس على امتداد التجربة حساب ثبات التقدير(٢) بالنسبة له ( بين المرة والأخرى ) ، أما فى حالة قيام أكثر من فاحص بعملية القياس خلال التجربة فيتطلب أيضا حساب ثبات التقدير بينهم ( بين الباحث والآخر) ، كما يتعين علاوة على ذلك أن تكون المقاييس حساسة بالقدر الكافى لإبراز الفروق الدقيقة والتغيرات المتوقعة أثناء التجربة. وإذا تضمن المقياس المستخدم خصائص تؤدى إلى تحسن الأداء عليه نتيجة لتكرار التطبيق؛ فمن الأفضل تطبيقه عدة مرات فى البداية لكف تأثير تزايد المهارة الناتجة عن الألفة باستخدام الاختبار ، وينصح فى هذا السياق بضرورة أن تكون المقاييس المستخدمة من القصر بالدرجة التى تؤدى إلى الحفاظ على مستوى الدافعية لدى المفحوص .

**اختيار التصميم التجريبي**

مهما كان تصميم البحث المستخدم فأحد أولويات الدراسة هو أن يكون متغير واحد فقط هو الذى يتغير فى الوقت الواحد ( وإن كانت بعض التصميمات تسمح بإجراء تغيرات متتابعة على جوانب مختلفة ومستقلة من السلوك ) ، وعندما يتم تقدير إسهام أكثر من متغير واحد بالتزامن ، فليس من الممكن تحديد مقدار وطريقة إسهام كل منهم فى أى تغير سلوكى . والتصميمات التجريبية التى يمكن استخدامها فى هذا السياق تتضمن الآتى :

**أ - التصميم أ - ب**

التصميم أ – ب هو أبسط التصميمات التجريبية وهو يتضمن مرحلتين تجريبيتين يطلق عليهما ( أ ) ، و( ب ) ،حيث يحدد السلوك المستهدف بوضوح

(1) Serial Measurement
(2) Inter-Rater

وتجرى القياسات على امتداد المرحلتين أ ، ب . وتمثل (أ) مرحلة الأساس التى يلاحظ خلالها ظهور السلوك المستهدف ، ويقدم المتغير العلاجى أو التجريبى فى المرحلة (ب) ، وهناك تحفظ مهم حول تطبيق التصميم أ – ب فى البحوث الإكلينيكية ، وهو عدم إمكان الحسم فيما إذا كان التحسن الناتج عن العلاج نتيجة حقيقية لهذا العلاج أم أنه تحسن تلقائى وفقا لميكانيزمات التحسن المعروفة فى مجال العلاج النفسى ، وتعد هذه القضية وثيقة الصلة عندما لاتكون هناك إلا دلائل ضعيفة على التأثير التجريبى ، وأحد الأساليب التى يمكن بها التغلب على هذه المشكلة هى استخدام متغير ضابط[1] ، ويقصد بالمتغير الضابط جانب آخر من السلوك يكون حساسا للتحسن بقدر حساسية المتغير التجريبى ولكنه غير حساس لتأثيرات العلاج ، فإذا كانت التأثيرات الملاحظة التالية للعلاج ناتجة عن التحسن التلقائى فستصبح المنحنيات الخاصة بالتحسن لكل من العلاج والمتغير الضابط متماثلة .

**ب - التصميم أ - ب - أ**

التصميم أ – ب – أ هو صورة أخرى للتصميم أ – ب، والاختلاف بينهما هو العودة مرة أخرى للمرحلة ( أ ) بعد المرحلة ( ب )، ويطلق عليه تصميم السحب[2] حيث يتم سحب العلاج أو المعالجة التجريبية المقدمة فى المرحلة ( ب ) فى المرحلة ( أ ) التالية ، فإذا حدث تغير فى السلوك المستهدف نتيجة للمعالجة التجريبية خلال المرحلة ( ب) ثم عاد إلى خط الأساس مرة أخرى خلال المرحلة (أ) الجديدة بعد سحب المعالجة التجريبية ، فتتوافر فى هذه الحالة درجة عالية من الثقة فى أن التغير الذى اعترى السلوك كان نتيجة للعلاج الذى قدم فى المرحلة ( ب) . وتواجه هذا التصميم مشكلتان :

**الأولى** : أخلاقية تتمثل فى أن سحب علاج أدى إلى تحسن فى حالة المريض قد لا يكون أمرا مقبولا .

**الثانية** : هى أنه فى حالة ما إذا كان المفحوص قد حصل على نوع من

---

(1) Control Variable

(2) A-B withdrawal design

المهارة المستهدفة تجريبيا فى المرحلة (ب) من الدراسة؛ فقد لا يكون من الممكن إلغاء هذه المهارة التى اكتسبها عند العودة للمرحلة ( أ ) التالية للمرحلة ( ب) التى جرت فيها المعالجة التجريبية . وتفرض المعايير الأخلاقية عدم سحب علاج يحقق نجاحا (Barlow & Hersen, 1973, p. 321).

**جـ- التصميم أ- ب- أ- ب**

يتجنب التصميم أ –ب – أ – ب المأزق الأخلاقى فى التصميم السابق ، حيث تكون المرحلة النهائية فيه هى إعادة تطبيق التدخل التجريبى أو العلاجى بعد سحبه فى المرحلة السابقة ( مرحلة العودة إلى الحالة أ ) ، وبهذا ينتهى الموقف بحصول المريض أو المفحوص على المزايا التجريبية أو العلاجية المستهدفة ، بينما تسمح المرحلة ( أ ) الثانية باختبار تأثير سحب المتغير التجريبى وتأكيد فعالية العلاج المقدم فى المرحلة ( ب ) . ويوفر هذا التصميم إمكانية التعرف على تأثير العلاج على السلوك المستهدف بعد المرحلة المبدئية ( أ ) مقارنة بما حدث فى المرحلة ( ب ) ، كما يوفر بالمثل مقارنة بين المرحلة ( ب) الأخيرة والمرحلة ( أ ) السابقة عليها المتضمنة سحب المتغير التجريبى، أى العودة لمرحلة الأساس الأولى .

**د- تصميمات تعدد التدخلات وخطوط الأساس**

تتوافر بالمثل تصميمات أخرى مشابهة للتصميم السابق تتضمن تعددا فى خطوط الأساس ( أ ) وتعددا فى المرحل التجريبية ( ب )، من ذلك التصميم ( أ – ب – أ – ب – أ – ب – أ – ب – أ – ب ) ، والتصميمات التى تتضمن إضافة تدخل تجريبى آخر، مثال ذلك التصميم ( أ – ب – أ – ج – أ – ب – أ – ج ) ، ويلاحظ أن الموقف الإكلينيكى قد يتضمن ظروفا لا يكون منطقيا أو مقبولا فيها أن يقوم الباحث الإكلينيكى بسحب علاج اتضحت جدواه فى ممارسة تجريبية لفترة معينة؛ إلى أن تحين بداية مرحلة إعادة العلاج بعد سحبه وفقا للتصميم التجريبى المستخدم ، عندما يكون العلاج موضوع الدراسة قد أدى على وجه الخصوص إلى خفض سلوك غير مرغوب. ويرى يول Yule أن التصميم أ – ب – أ – ب قد لا يكون تصميما ملائما لعرض التحكم التجريبى فى سلوك أو مهارات تم اكتسابها نتيجة للصعوبة الواضحة

فى إمكانية عكس السلوك الذى استقر ، وقد تكون القيمة الحقيقية لهذا التصميم هى أنه يمكن من التحكم فى سلوك قائم بالفعل (Yule,1987).

**هـ - تصميمات خطوط الأساس المتعددة**

يتضمن هذا المنحى ثلاثة أساليب مختلفة للمعالجة التجريبية التى تستخدم فيها خطوط أساس متعددة فى التصميم التجريبى لدراسة تأثير متغير تجريبى ( علاج على سبيل المثال) :

**الأسلوب الأول** :يطلق عليه بارلو وهيرسين اسم التطبيق المتعاقب للمتغير العلاجى على جوانب سلوكية مستقلة لدى المفحوص الواحد (Barlow&Hersen , 1984 , p . 210) وحيث توجد حالات لايمكن فيها استخدام تصميمات السحب لأسباب تتعلق بعدم إمكان عكس النتائج المحققة أو لأسباب عملية أو أخلاقية أو نتيجة لمشكلات تتعلق بمدى تعاون مقدمى الخدمة للمرضى ، ويمكن استخدام تصميمات خطوط الأساس المتعددة فى الحالات التى لا يمكن خلالها عكس تأثير المتغير التجريبى أو سحبه (Baer et al., 1968) ، وعند استخدام تصميم خطوط الأساس المتعددة يتعين تحديد وقياس عدد من جوانب السلوك المختلفة على مدى فترة زمنية لتوفير خطوط أساس حول أى التغيرات يتعين قياسها ، مثال ذلك إذا كان السلوك المستهدف يتكون من عدد من المهارات ذات العلاقة ، فما إن يحدد خط الأساس لكل جانب من الجوانب المختلفة لهذه المجموعة من المهارات حتى يبدأ الباحث فى إدخال المتغير التجريبى؛ بهدف تقدير تأثيره على جانب واحد فقط من الجوانب المتعددة للسلوك وذلك على مدى فترة زمنية محددة ، يتم بعدها معالجة جانب ثان من السلوك ( بتقديم المتغير التجريبى ) ، مع ترك بقية جوانب السلوك بعيدة عن تأثير المتغير التجريبى ، وبعد فترة أخرى تمتد التجربة لجانب ثالث من السلوك... وهكذا حتى يتم التعامل مع كل الجوانب ، ولا تطبق المعالجة التجريبية على أى جزئية من جزئيات السلوك إلا بعد أن يتم تحديد خط أساس مستقر لها، والهدف من هذا التصميم هو التوصل إلى تحديد قوة تأثير المتغير التجريبى فى استحداث التغير، حيث يتعين أن يصل كل سلوك تم تناوله فى البحث إلى أقصى مدى من التغير بعد إدخال المتغير

التجريبى عليه ، بينما تظل بقية الجوانب السلوكية التى لم تتعرض له بلا تغيير ، وما إن يحدث التغيير فى كل جانب سلوكى بعد تطبيق المتغير التجريبى فقط حتى يمكن الثقة فى فعاليته .

ويمكن صياغة تصميم خطوط الأساس المتعددة نظريا باعتباره سلسلة من تصميمات (أ – ب) بالنسبة لكل سلوك، وحيث يكون خط الأساس الخاص بكل سلوك هو المرحلة ( أ )، والعلاج أو المتغير التجريبى هو المرحلة ( ب ) ، ونتيجة لهذا تمتد التحفظات الخاصة بالتصميم (أ – ب) السابق الإشارة اليها إلى تصميمات خطوط الأساس المتعددة ، فبدون الإجراء التجريبى المتمثل فى سحب تأثير العلاج لا يمكن الثقة فى قيمة التغير الحادث بالفعل، ويستدل على تأثير العلاج من نقص التغير فى السلوك الذى لم يعالج، ويعتمد هذا الاستدلال على فرضية أن جوانب السلوك المستهدفة كل منها مستقل عن الآخر ، وينصح بارلو وهيرسن أن يكون عدد خطوط الأساس فى هذا التصميم بين ثلاثة وأربعة لمراعاة الاعتبارات العملية والتجريبية (Barlow&Hersen,1984,p.212) .

**الأسلوب الثاني:** هو خطوط الأساس المتعددة عبر المفحوصين(١) وحيث يطبق علاج محدد على التعاقب على سلسلة من المفحوصين المتطابقين ممن يتشاركون فى الظروف البيئية ، ويتم اختبار كل مفحوص باستخدام المقياس أو المقاييس ذاتها وبتطبيق المتغير العلاجي على كل مفحوص تتزايد فترة خط الأساس فى الطول بالنسبة لكل مفحوص ، ولايتم فحص أكثر من سلوك واحد فقط فى هذا التصميم .

**الأسلوب الثالث:** هو خطوط الأساس المتعددة عبر المواقف التجريبية(٢) ويطبق المتغير التجريبى فى هذا التصميم على التعاقب على السلوك المستهدف نفسه عبر مواقف مختلفة ومستقلة على المفحوص الواحد ، ويستخدم فى هذا التصميم مفحوص واحد وسلوك واحد فقط مستهدف ، ويتم الحصول على قياسات خطوط الأساس لهذا السلوك فى مواقف تجريبية مختلفة ، ثم يطبق المتغير التجريبى فى موقف تجريبى واحد تلو الآخر .

---
(1) Across subjects design
(2) Across settings design

**٢) استقرار وطول مرحلة خط الأساس**

من الأمور الجوهرية فى المعالجة التجريبية الوصول إلى مرحلة استقرار خط الأساس ، باعتبارها المرحلة التى يتم وفقا لها تقييم تأثير المتغير التجريبى ويتطلب الأمر الحصول على ثلاث قراءات على الأقل للتثبت من هذا الاستقرار . ويلاحظ أحيانا أن القراءات أو الملاحظات المتعلقة بالسلوك أو الظاهرة موضوع البحث خلال فترة تحديد خط الأساس قد تأخذ اتجاهات متعددة، فقد تعبر عن استقرار فى السلوك الذى يجرى تقييمه بمعنى أن التباينات فيه تكون فى أدنى درجاتها، وهى الحالة المثالية التى لا يوجد فيها زيادة أو نقصان فى السلوك موضوع الدراسة وبما يساعد على مقارنة تأثير المتغير التجريبى بصورة واضحة ، وقد تأخذ هذه القراءات شكلا مختلفا قد يكون استمرارا له فى اتجاه مخالف للمتوقع من العلاج ، ولا يمثل هذا الاتجاه المخالف مشكلة فى المعالجة التجريبية طالما أن المفترض أن يظهر نوع من التغير فى السلوك نتيجة للعلاج أو المتغير الدخيل يعكس اتجاه بيانات خط الأساس. أما عندما تكون التغيرات فى بيانات خط الأساس فى الاتجاه المتوقع أن يكون عليه السلوك نتيجة للمتغير التجريبى فهو ما يمثل مشكلة ، حيث يكون من الصعب فى هذه الحالة الحسم فيما إذا كان التغير الحادث ( التحسن ) نتيجة للتدخل التجريبى أم هو تحسن تلقائى ، ولا يعد هذا المنحى الأخير فى بيانات خط الأساس هو المنحى الوحيد الذى يثير مشكلة ، فقد تأخذ بيانات خط الأساس شكل منحنى حرف (U)أو عكسه، بمعنى أن السلوك يتصاعد وينخفض بما يظهر أن لا يوجد نمط معين واضح يمكن المقارنة به بعد إدخال المتغير التجريبى ، وترى ويلسون أن يستمر الباحث فى هذه الحالة فى الحصول على قياسات لخط الأساس إلى أن يصل بالبيانات إلى مرحلة استقرار وإن كانت هذه الاستراتيجية قد لا تكون عملية ، وقد تتطلب ضرورة أن يتم تحديد حد أقصى لفترة تحديد خط الأساس(Wilson, 1995) .

**٣- استقرار بيانات مرحلة التدخل**

ينطبق على المرحلة التالية وهى مرحلة التدخل التجريبى ( العلاج) – والتى يتم فيها جمع البيانات الخاصة بتأثير المتغير التجريبى– ما ينطبق على مرحلة جمع

بيانات خط الأساس ، فمن الضرورى أن نصل ببيانات هذه المرحلة التجريبية إلى استقرار فى الاتجاه الذى تأخذه البيانات وحد أدنى من التباين فيها، حتى يمكن الثقة فى أن موقفا جديداً نتج عن التأثيرات التجريبية ، ويفضل بالطبع أن يكون هناك قدر من التوازن فى الطول بين المراحل المختلفة فى الدراسة التجريبية ، وإن كانت هناك اعتبارات أخلاقية أو عملية يمكن أن تتدخل فى تحديد طول فترة أى من المراحل التجريبية .

**الأسئلة البحثية في تصميمات بحوث الحالة المفردة**

تتعدد الأسئلة التى يمكن أن تكون محورا لتصميمات بحوث الحالة المفردة ، ويلاحظ بصفة عامة أن هناك فئتين عريضتين من الأسئلة ، تتضمن الفئة الأولى الأسئلة المتعلقة بالتحسن الناتج عن العلاج ، أى : هل تحسن المريض نتيجة للعلاج المعين وتخفف من الأعراض ؟ والفئة الثانية تتعلق بالتغيرات التى تحدث فى العمليات ، أى : كيف حدث التحسن خلال المرحلة العلاجية ؟.

**الفئة الأولى:** تتعلق أساسا بما إذا كانت بداية العلاج مرتبطة بالتحسن ، أو كانت المرحلة العلاجية ذات تأثير جوهرى بالنسبة للأعراض الأساسية التى استدعت التدخل العلاجى ، أو بمعنى آخر هل يلاحظ تغير جوهرى بين الحالة فى المرحلة التجريبية (أ) والحالة فى المرحلة التجريبية (ب) أو بين مرحلتى خط الأساس والعلاج ، وإذا كان هناك تحسن فهل يعد تحسنا جوهريا ؟ والمقارنة هنا تتم بين سلسلة درجات المفحوص فى المرحلة (أ) السابقة للعلاج وسلسلة درجاته فى المرحلة (ب) التالية للتدخل العلاجى ، وتتم المقارنة هنا بين حجم واتجاه التغير الذى تظهره المقارنة بين الدرجات فى المرحلتين ، ويطلق على المعالجات الخاصة بهذا النوع من الأسئلة اسم:تحليل تأثيرات المرحلة [1] .

**الفئة الثانية:** تتعلق بالتغير فى العمليات وهى أسئلة تسعى للكشف عن كيفية حدوث تغيرات خلال العلاج ، وطبيعة الظروف التى تؤدى إلى هذه التغيرات ، وعلى العكس من أسئلة الفئة الأولى التى تتطلب المقارنة بين بيانات مرحلتين تجريبيتين ،

(1) Phase effect analysis

غالبا ما تتم المقارنة فى إطار هذه الفئة من التصميمات البحثية بين بيانات المرحلة نفسها (مرحلة التدخل العلاجى فقط ) ، وحيث يمكن ملاحظة نوعين من الأسئلة المتعلقة بالعمليات فى تصميمات هذه الفئة :

**الأول:** يتعلق بالتغيرات أو التباينات الأحادية[١] وهى الحالة التى تتم فيها مقارنة تأثير متغير واحد فقط على مدى زمنى معين ، مثال ذلك الوضع الخاص بالعرض المرضى خلال المرحلة العلاجية الممتدة بهدف الإجابة على السؤال المتعلق ببداية تحسن المريض ( مرحلة الكمون[٢] ) ، ثم بأى معدل للسرعة يحدث هذا التحسن (منحنى التحسن[٣]) .

**الثاني:** يتعلق بالتغيرات أو التباينات المتعددة[٤] ، عندما يقوم الباحث بالتتبع المستمر لعمليتين أو أكثر خلال المرحلة العلاجية وحيث يمكن الاهتمام بآليات التغير فى الوقت الذى يلاحظ فيه تتابع التغيرات ، مثال ذلك إذا قام الباحث بتتبع مستمر خلال المرحلة العلاجية لتغيرات فى عرض جوهرى قد يكون تكرار سلوك جرح المريض لنفسه وذلك خلال مراحل التغير فى التفاعلات العلاجية بينه وبين المعالج ، وحيث يكون السؤال المطلوب الإجابة عليه هو : كيف يسير التحسن الإكلينيكى فى هذا السلوك ؟ ( وهو سؤال يتعلق بالعرض ) وكيف يحدث هذا التغير أثناء تغير أو تكرار أحداث علاجية خلال الجلسات ، مثال ذلك نوع الصلة بين المريض والمعالج ( وهو هنا سؤال مختلف يتعلق بمتغيرات التدخل) ، فإذا كان التحسن فى الأعراض وأسلوب التدخل مرتبطين ، فبأى نظام يتغيران ، مثال ذلك هل التغيرات فى الأعراض التى تلى التغير فى العلاقة بين المعالج والمريض تعد تغيرا منتظما ، أم أن التحسن (أو التدهور) فى حالة الأعراض يسبق التغير فى العلاقة بين المعالج والمريض (Borchardt et al., 2008).

---

(1) Univariate
(2) Latency
(3) Slope
(4) Multivariate

**السلاسل غير المستقلة(١)**

غالبا ما تتضمن القياسات فى بحوث الحالة المفردة خاصية كونها ملاحظات متتابعة غير مستقلة ، فكل قيمة مقاسة مرتبطة بالقيمة السابقة عليها ، بمعنى أن القيمة أو الملاحظة أو القياس المعين يمكن أن يكون منبئا بالقيمة التالية له ، ومن هنا فإن الإحصاء البرامترى واللابرامترى مثل اختبار( ف ) ، واختبار ( ت ) لايصلحان لمعالجة بيانات السلاسل المتعاقبة، وحيث تقوم هذه الأساليب على فرضية استقلال الملاحظات ، ويؤدى عدم الاستقلالية فى هذه الحالة إلى النوع الأول من الخطأ وهو الخطأ الإيجابى (٢) أى الحصول على نتيجة إيجابية بينما هى سلبية فى الحقيقة ، والذى يتراوح بين ١٦ ٪ ، ٨٤٪ وبالتالى لا يمكن الاعتماد على الفحص العيانى أو الإحصاءات التقليدية لتحليل نتائج السلاسل الزمنية المتتابعة فى تجارب الحالة المفردة (Robey et al.,1999; Sharpley&Alavosius, 1988) . ولتوضيح المقصود بالسلاسل غير المستقلة أو السلاسل المرتبطة ذاتيا (٣) علينا أن نضع فى اعتبارنا النتائج التى نحصل عليها من عملية إلقاء قطعة من النقود ذات الوجهين، ففى كل مرة نلقى فيها هذه القطعة ستسقط على أحد الوجهين باحتمال قدره (١) إلى ( ٢) أو ٥٠ ٪ بالنسبة إلى أى الوجهين ، وفى كل مرة تالية سنحصل على الاحتمال نفسه بالنسبة لأى وجه دون أن تكون هناك علاقة بين النتيجة التى حصلنا عليها فى مرة بعد الأخرى ، وبالتالى تعد كل نتيجة من نتائج إلقاء قطعة العملة مستقلة تماما عن النتيجة السابقة عليها والتالية لها . وهو ما نجده أيضا فى القياسات المتعلقة بالأفراد فى المجموعات البحثية وحيث تكون قياسات كل مفحوص مستقلة عن قياسات المفحوص الآخر . والأمر على النقيض من ذلك بالنسبة للسلاسل المتعاقبة فى التصميمات التجريبية للحالة المفردة، فإذا أخذنا على سبيل المثال القياسات المتعاقبة (السلاسل الزمنية ) الخاصة بالمبحوث المتعلقة بتقديراته للألم مثلا ، فسنجد من حيث المبدأ أنها غير مستقلة أو أنها مرتبطة ذاتيا ، فكل تقدير يقدمه لدرجة الألم يرتبط –

*تتوفر برامج جاهزة لحساب الإرتباط الذاتي علي الكمبيوتر

(1) Serial dependency
(2) False positive
(3) Autocorrelated

جزئيا على الأقل – بتقديره السابق ، وبالتالى فكل تقدير يفسر فى ضوء ما سبقه باعتباره فى حقيقة الأمر أكثر من أو أقل من التقدير الذى سبقه ، فالتدرج هو سمة أساسية فى حالة القياسات المتتابعة لسمة معينة لدى الفرد الواحد (Borckhardt et al.,2008, Wilson, 1995).

### أسلوب حساب درجة الارتباط الذاتي

نعرض هنا لحساب الارتباط الذاتى للقراءات أو الملاحظات التى تفصل بينها فترة واحدة[1] ، وحيث يقصد بارتباط الفترة أو المسافة الواحدة الدرجة التى تتنبأ بها ملاحظة فى الفترة ك بالملاحظة التالية لها مباشرة ( أى فى الفترة ك +١) ، ويمكن بالطبع حساب الارتباط الذاتى لثلاث مسافات وليس لمسافة واحدة، بمعنى حساب الارتباط بين القراءة الأولى والرابعة، والرابعة والسابعة ، ثم السابعة والعاشرة وهكذا . ويعرض بوركهارت وزملاؤه مثالا رقميا لطريقة حساب الارتباط الذاتى فى سلسلة زمنية لتجربة على حالة مفردة حول علاج الألم تتضمن خمسا وثلاثين قراءة متتابعة ، يفصل بين القراءة والأخرى مسافة واحدة . وتمثل القراءات الخمس والثلاثين مرحلة العلاج فقط ، وحيث يتوقع أن تكون تقديرات الألم خلال العلاج مرتبطة لأن كل التقييمات يقوم بها شخص واحد ، وبهذا يكون الارتباط الذاتى لمسافة واحدة هو مجمل التنبؤ بمقدار الألم فى الفترة الثانية من الألم فى الفترة الأولى، وبالمثل مجمل التنبؤ بالألم فى الفترة الثالثة من حجم الألم فى الفترة الثانية. بمعنى أن الألم فى الفترة الأولى يتنبىء بمقدار الألم فى الفترة الثانية ، والألم فى الفترة الثانية يتنبىء بمقدار الألم فى الفترة الثالثة وهكذا . وبالتالى يكون ارتباط المسافة الواحدة عبارة عن ارتباط القياس المعين بالقياس التالى له مباشرة .

---

(1) Lag 1

## جدول رقم (٢)

### حساب الارتباط الذاتى لمسافة واحدة لبيانات سلسلة زمنية لعلاج حالة ألم

| عمود (١) تقديرات الألم فى الفترة ك | عمود (٢) تقديرات الألم فى الفترة ك +١ | عمود (٣) الأزواج التى يحسب ارتباطها الفترة ك +١ |
|---|---|---|
| ٦(ف١) | (ف١) | – |
| ٧(ف٢) | ٧(ف٢) | ٦, ٧ |
| ٦(ف٣) | ٦(ف٣) | ٦, ٧ |
| ٨(ف٤) | ٨(ف٤) | ٦, ٨ |
| ٦(ف٥) | ٦(ف٥) | ٨, ٦ |
| ٧(ف٦) | ٧(ف٦) | ٦, ٧ |
| ٤(ف٧) | ٤(ف٧) | ٧, ٤ |
| ٦(ف٨) | ٥(ف٨) | ٦, ٤ |
| ٥(ف٩) | ٥(ف٩) | ٦, ٥ |
| ٦(ف١٠) | ٦(ف١٠) | ٦, ٥ |
| ٥(ف١١) | ٥(ف١١) | ٥, ٦ |
| ٤(ف١٢) | ٤(ف١٢) | ٥, ٤ |
| ٣(ف١٦) | ٣(ف١٣) | ٣, ٤ |
| ٢(ف١٤) | ٢(ف١٤) | ٣, ٢ |
| ٤(ف١٥) | ٤(ف١٥) | ٤, ٢ |
| ٣(ف١٦) | ٣(ف١٦) | ٤, ٣ |
| ١(١٧) | ١(ف١٧) | ١, ٣ |
| ٢(ف١٨) | ٢(ف١٨) | ٢, ١ |
| ١(ف١٩) | ١(ف١٩) | ١, ٢ |
| ٢(ف٢٠) | ٢(ف٢٠) | ٢, ١ |
| ٣(ف٢١) | ٣(ف٢١) | ٣, ٢ |
| ٢(ف٢٢) | ٢(ف٢٢) | ٢, ٣ |
| ٣(ف٢٣) | ٣(ف٢٣) | ٣, ٢ |
| | ٢(ف٢٤) | ٣, ٢ |

| أ | ب | ج |
|---|---|---|
| ٢(ف٢٤) | | |
| ١ (ف٢٥) | ١ (ف٢٥) | ١, ٢ |
| ٢ (ف٢٦) | ٢ (ف٢٦) | ١٠, ٢ |
| ٢ (ف٢٧) | ٢ (ف٢٧) | ٢, ٢ |
| ١(ف٢٨) | ١(ف٢٨) | ٢, ١ |
| ٢ (ف٢٩) | ٢ (ف٢٩) | ١, ٢ |
| ١ (ف٣٠) | ١ (ف٣٠) | ١, ٢ |
| ٢ (ف٣١) | ٢ (ف٣١) | ٢, ١ |
| ٢ (ف٣٢) | ٢ (ف٣٢) | ٢, ٢ |
| ١ (ف٣٣) | ١ (ف٣٣) | ١, ٢ |
| ١(ف٣٤) | ١(ف٣٤) | ١, ١ |
| ١ (ف٣٥) | ١ (ف٣٥) | ٢, ١ |

* ارتباط المسافة الواحدة = ر ( ف ك X ف ك+١ فى العمود ج ) ٨١و

عن : (Borckhardt et al.,2008)

ويوضح فحص الجدول السابق أن العمودين (أ) ، (ب) يعبران عن التتالى فى تقديرات الألم حسبما تستشعر عبر السلسلة الزمنية على مدى الملاحظات الخمس والثلاثين التى تتضمنها التجربة، ويبين السهم كل تقدير للألم فى العمود( أ ) إلى التقدير التالى له مباشرة فى العمود ( ب) ، مثال ذلك أن تقدير الألم بدرجة (٦) فى الفترة الزمنية رقم (١) فى العمود (أ) تؤدى إلى تقدير مقداره (٧) فى الفترة الزمنية رقم (٢) فى العمود (ب) ، وهكذا فتقدير الألم بمقدار (٦) فى الفترة الزمنية (٨) فى العمود (أ) يؤدى إلى تقدير للألم قدرة (٥) فى الفترة الزمنية (٩) فى العمود (ب) ويرصد فى العمود (ج) أمام الفترة الزمنية (٢) ٧ و٦ ، كما يرصد أمام الفترة الزمنية (٩) فى العمود (ج) ٥و٦ وهكذا حتى نهاية السلسلة الزمنية. ويحسب ارتباط أزواج القراءات كما يبينها عمود (ج) والذى يعبر عن الارتباط الذاتى لمسافة واحدة خلال المرحلة العلاجية ، وهو هنا يساوى ٨١و؛ وبالتالى تكون تقديرات الألم قوية الارتباط

الذاتى خلال المرحلة العلاجية (Borckhardt et al., 2008)، ثم تحسب دلالة الارتباط الذاتى.

وعادة ما يكون اختبار الارتباط الذاتى لمسافة واحدة كافيا لتقدير عدم استقلالية السلاسل الزمنية. ويوصى بارلو وهيرسن ,Barlow & Hersen, 1984) (295- 294بحساب الارتباط الذاتى لكل مرحلة فى التجربة باستقلال عن الأخرى حيث قد يؤثر العلاج على عدم الاستقلالية ، وحتى يمكن استخدام اختبار( ت) أو (ف) فى حالة البيانات التى يظهر أن بينها سلسلة ترابط، مثال ذلك تصميمات أ- ب- أ- ب التى يتم فيها الجمع بين بيانات المرحلتين (أ ، أ) والمرحلتين (ب ، ب) والمقارنة بينهما، والمبرر وراء ذلك هو أن القياسات أو التقديرات الخاصة بالمرحلة (أ) ستكون أعلى ارتباطا ببيانات وقياسات المرحلة ( ب ) الأولى مقارنة بارتباطها بالبيانات الخاصة بالمرحلة (أ) الثانية حيث يميل الارتباط الذاتى إلى التناقص بطول المسافة بين القراءات المتتابعة ، ويتعين فى النهاية ملاحظة أن الأساليب الإحصائية فى تحليل نتائج السلاسل الزمنية ليست جميعها حساسة للارتباط الذاتى بين البيانات (wilsom,1995). ويرى بوركهارت وزملاؤه أنه على الرغم من أن الارتباط الذاتى يعد نوعا من العوامل الدخيلة إحصائيا إلا أنه يعد فى واقع الأمر خاصية أساسية فى بحوث السلاسل الزمنية للحالة المفردة ، وهو يكشف الفروق اللحظية والتدرج الذى يحدث فى التغيرات الفسيولوجية والانفعالية للمريض التى تعبر عن تحسنه ، وبالتالى فإن معامل الارتباط الذاتى يمكن أن يكشف عن منحى أو تذبذب الأعراض قبل العلاج، وكيف حدث تحول فيها خلال العلاج (Borockardt,2008) .

**خصائص بيانات تجربة الحالة المفردة**

يحصل الباحث على بيانات الحالة من خلال قياسات متتابعة عبر الزمن للتغيرات التى يظهرها المريض عبر مراحل التجربة : مرحلة خط الأساس، ومرحلة التدخل العلاجى، ومرحلة العلاج. ويعتمد اختيار وسيلة جمع البيانات على مهارة الباحث الذى يستخدم مقاييس أو اختبارات أو استبارات ذات صدق وثبات وحساسية واضحة لرصد هذه التغيرات التى تحدث نتيجة للتدخل العلاجى . ويلاحظ أن مصدر البيانات قد يختلف

حسب طبيعة الدراسة، فبينما يكون من المعتاد الحصول على البيانات التى يذكرها المريض من خلال أداة مقننة ومعروفة ، فقد يكون مصدر البيانات فى حالات أخرى الأشخاص المهمين بالنسبة للمريض أو المعالج نفسه ، ويتعين فى كل الحالات أن تكون البيانات عبارة عن تقدير للأعراض الملاحظة أو المشعور بها ( مثال ذلك الحالة المزاجية للمريض أو درجة القلق ، أو الإحساس بالألم أو السلوك الاجتماعى ) وقد تكون حالته البدنية والجسمية ( مثال ذلك الوزن أو ضغط الدم ) ، وتصبح التجربة أكثر ثراء كلما كانت البيانات حول أكثر من عرض واحد أو من تجمع من الأعراض ، وقد يمكن الجمع بين قياسات زمنية مختلفة تتضمن تقارير المريض عن أعراضه وتقارير الزوجة أو المعالج عن ملاحظاتهم حول التغيرات المرتبطة بالتدخل موضع التجربة (Strupp,1996) . ويتعين من ناحية أخرى توحيد الفترة الزمنية المستخدمة كوحدة قياس أو ملاحظة على امتداد التجربة ، فقد تكون هذه الفترة هى اليوم ( وهى الفترة المفضلة فى أغلب الدراسات ) وحيث تؤخذ القياسات يوميا فى الوقت نفسه من اليوم ، وقد تكون الفترة الزمنية المستخدمة هى الأسبوع، المهم فى الأمر هو عدم تغيير وحدة الزمن فى القياسات المتتابعة عبر التجربة ، وقد تختلف عدد مرات القياس فى كل مرحلة عن الأخرى إلا أن قواعد التحليل الإحصائى تتطلب رغم هذا توحيد طول فترات القياس فى كل مراحل التجربة.

ويحكم عدد الملاحظات المطلوبة فى كل فترة الاعتبارات الإحصائية التى تتطلب حجما مناسبا من البيانات التى تؤدى إلى نتائج مقبولة يمكن حساب دلالتها ، ونتيجة لما يتطلبه تحليل نماذج المحاكاة[1] من ضرورة أن يتراوح عدد الملاحظات بين ١٠ إلى ١٦ ، وما يتطلبه تحليل السلاسل الزمنية من عدد يتراوح بين ١٠ إلى ١٦ يصبح المطلوب فى هذه الحالة أن يتراوح العدد الإجمالى لكل الفترات الزمنية – فى أى مرحلة من مراحل التجربة – بين ٥ إلى ٨ فترات (Sharpley,1987).

ويتعين على الأخصائى الإكلينيكى أن يدرس بالتفصيل مناهج البحث فى مجالات المسوح الوبائية والتشخيص الفارق ، وبحوث فعالية العلاجات المختلفة والأساليب الإحصائية الخاصة بمعالجة بيانات هذه البحوث حتى يمكنه القيام بالدور المتوقع منه كممارس وباحث .

(1) Simulation Modeling Analysis

# الفصل التاسع

## أساليب العلاج

## أساليب العلاج

تتعدد نظم وأساليب العلاج النفسى بتعدد النظريات العلمية التى تقدم تفسيرات عديدة لعدم السواء أو الاضطرابات المختلفة أو التى تقدم المبادىء العامة التى تفسر السلوك سواء السوى أو غير السوى . وقد وصف هاربر (Harper,1959) منذ نصف قرن ستة وثلاثين نظاما علاجيا نفسيا ، كل منها مستقل عن الآخر ، والتى لا يحظى أى نظام منها بإجماع أو اتفاق كل المعالجين عليه . ومنذ أقل من ثلاثين عاماً قدر بوتلر (Beutler ,1979 ,pp .882-897) عدد أساليب العلاج النفسى بأكثر من مائة وثلاثين طريقة مختلفة ، لكل واحدة منها روادها والمتحمسون والممارسون لها . ولأهداف التيسير صنف بوتلر هذا العدد الكبير من الأساليب فى خمس فئات حتى يمكن الإحاطة بها ، وبحيث تجمع هذه الفئات بقدر الإمكان خصائص كل مجموعة منها وذلك على الوجه الآتى :

١- التعديل المعرفى[١] وتشير هذه الفئة إلى أساليب العلاج السلوكى التى تعتمد على التدخل اللفظى . ومن أمثلتها العلاج العقلانى _الوجدانى[٢]، وعلاج العميل لنفسه[٣] .. الخ .

---

(1) Cognitive modification
(2) Rational - Emotional
(3) Self - instruction therapy

٢- أساليب الاستبصار المعرفى[1] وهى الأساليب التى تؤكد على اكتساب المريض استبصارا بمرضه باعتباره ناتجاً عن تأثير أحداث ماضية ، سابقة على ظهور أعراضه ، ويؤدى هذا الاستبصار إلى إدراكه لعوامل الشفاء ، والمثال التقليدى لهذه الأساليب هو التحليل النفسى[2] وتحليل الأنا[3] وطريقة أدلر Adler وطريقة سوليفان Sulivan.

٣- أساليب العلاج السلوكى[4] والتى تقوم على نظرية التشريط الكلاسيكية[5] أو التشريط البافلوفى وأفكار واطسن Watson ونظرية التعلم[6] والتى تتضمن استخدام التخيل[7] للإعداد لتغيير السلوك ، والعلاج بالتسكين المنظم[8] والعلاج التفجيرى[9] .

٤- أساليب تعديل السلوك[10] ويشار بها إلى إجراءات التدريب التى تستخدم دون اهتمام بالمفاهيم الوسيطة ، واعتمادا على حقائق التشريط الإجرائى[11] وأساليب التعزيز[12]، مثال ذلك التشريط التنفيرى [13] وأسلوب المكافآت[14] والتدريب على المهارات الاجتماعية[15] .

٥- الاستبصار الوجدانى وهى مجموعة الأساليب العلاجية التى تؤكد على الإدراك المتنامى لتأثير المشاعر الحالية على اتجاهات المريض وأدائه ، ومن أمثلتها طريقة يونج Jung التحليلية ، وطريقة رانك Rank وطريقة روجرز Rogers ، والعلاج الجشطالتى[16] .

(1) Cognitive insight therapies
(2) Psychoanalysis
(3) Ego analysis
(4) Behavior therapies
(5) Classical Conditioning
(6) Learning theory
(7) Imagination
(8) Systematic desensitization
(9) Implosive therapy
(10) Behavior modification
(11) Operant conditioning
(12) Reinforcement
(13) Aversive Conditioning
(14) Token Economy
(15) Social Skills
(16) Gestalt therapy

وتتضمن هذه الأساليب العلاجية ، كل المناحى العلاجية الفردية والأسرية ، وأساليب العلاج الجمعى المختلفة ، وتشير جميعها إلى استثمار جديد لمعطيات النظريات النفسية المختلفة، ووضعها موضع التطبيق، واختبارها فى الواقع العملى .

غير أنه بعد أقل من عشرين عاماً من التقرير الذى نشره بوتلر لعدد أساليب العلاج النفسى قفز الرقم إلى مائتين وخمسين طريقة علاجية بحلول منتصف التسعينات ( Maxmen and Ward , 1995 p.87)وهى ظاهرة تشير إلى خصوبة شديدة فى المجال ، ونمو فى توجهات علم النفس إلى مناحى العلاج ، كما يشير تعدد الأسس النظرية التى تقوم عليها هذه الأساليب إلى تنوع بالغ فى تفسير الظاهرة الباثولوجية؛ فى الوقت الذى لا تتوحد فيه معايير موضوعية لتقييم فعالية هذا العدد من الأساليب ، ومع ذلك لا يخلو الأمر –فى ضوء عدم الزيادة الملموسة فى فئات وليس أعداد بوتلر من تبين أن أغلب هذه الأساليب الجديدة لا تزيد عن كونها فئيات تفصيلية متباينة للطرق الأصلية وتعديلات طفيفة فى أغلب الأحيان .

ومع كل هذه النظريات المختلفة التى تقف خلف العلاج النفسى فى الثمانينيات والتسعينيات برزت حقيقة واضحة، هى أنه لا مفر من الإقرار أنه لا توجد حول علم النفس المرضى والعلاج النفسى حقيقة واحدة ، بل حقائق ، كما ظهر عدم رضا عن فشل الدراسات العلمية فى الحسم فى تفوق علاج معين عن بقية العلاجات (Beutler et al.,2001, p.142)، وعلى النقيض من ذلك فإن أصحاب العلاج المعرفى ، والعلاج المعرفى السلوكى يؤكدون على أن أساليبهم العلاجية أكثر فعالية من بقية العلاجات بالنسبة لعدد كبير ومتنوع من الاضطرابات (Op cit., p.149) وخلال نصف القرن–منذ هاربر وحتى الآن– مازالت أساليب العلاج تتزايد ، وتتنوع الأسس التى تقوم عليها، ونشأت أساليب تجمع بين معطيات أكثر من نظرية ، وابتكرت إجراءات تدمج بين طرق ذات مصادر مختلفة.

وتعود بداية طرق العلاج النفسى [1] إلى فترة مبكرة فى القرن الماضى من خلال الممارسة فى مجال الطب النفسى ، وقد نشر جانيه (١٩٢٥) عددا من تقارير

(1) Psychotherapy

التجارب الإكلينيكية التى قام بها وإن افتقدت – لسوء الحظ – القواعد والأسس التى تجعلها قابلة للاستخدام ، كما كان لدى المعالجين فى القرن التاسع عشر بعض الأسباب التى دعتهم للثقة فى مزايا التعاطف التدعيمى[١] للمريض والنصح ، والإقناع والإيحاءات غير المحددة . كما قدم فرويد Freud أول نظام للمناهج العلاجية المعتمدة على التفاصيل والمبادىء النظرية المتماسكة ، وكانت نظرية التحليل النفسى مثيرة للخيال وبراقة، وجاء عرض فرويد لها متميزا فى قدرته على الإقناع بالدرجة التى أثارت الاهتمام بمجال العلاج النفسى بصورة لم يسبق حدوثها . غير أن الأساليب العلاجية التى انطلقت من هذه النظرية لم تؤد إلى نمو نتائج إيجابية كما كان متوقعا (Wolpe,1985,p.4) .

وكما ذكرنا فإن كل أسلوب من أساليب العلاج يعتمد على نظرية نفسية معينة يستمد منها مبادئه وأساليبه ، غير أن التوقف لعرض نماذج من هذه الطرق العلاجية وأسسها النظرية يؤدى إلى جعل هذا الفصل مناقشة تاريخية ونظرية لمدارس العلاج النفسى ، وهو أمر خارج خطة هذا الكتاب . وقد يكون الملائم بقدر أفضل أن نتعرض بصورة مختصرة ومركزة لنشأة وتطور العلاج السلوكى والعلاج المعرفى.

**مدخل للعلاج السلوكي:**

يبدأ المنحى الذى يخططه العلاج السلوكى فى التعامل مع الاضطرابات المختلفة من التعرف على المريض بوصفه شخصاً من خلال الحصول على تاريخ دقيق ونوعى ومناقشته حول المشكلة المقدمة .

ومهمة المعالج الأولى هى تحديد المشكلة باعتبارها مجموعة من الأفعال[٢] وذلك بهدف ترجمة الظاهرة المرضية إلى وحدات سلوكية دقيقة قابلة للملاحظة ، وقد يتضمن السلوك حركة الجسم وتعبيرات الوجه ، واللغة المكتوبة أو المنطوقة ، والاستجابات النفسية .

وقد تتضمن الوحدة السلوكية الواحدة العديد من الأفعال المتتابعة ، مثل طفل

(1) Sympathetic support
(2) Set of Acts

يضرب رأسه فى الحائط، ويجرى خارج البيت ويمزق الملابس أو يخلع ملابسه ويصرخ فى وجه أحد عبر النافذة، ولن يساعد على وصف حالة هذا الطفل أن نقول إن لديه نوبات غضب مزاجية[1] ، ما يميز الوحدات السلوكية هو أنها تقبل الملاحظة الموضوعية الثابتة والتسجيل والوصف من خلال أشخاص مختلفين ، وفى المنحى السلوكى التقليدى يقوم الملاحظ بالنظر وتسجيل السلوك الإنسانى دون القيام بافتراضات أو استدلالات حول الدوافع الخفية أو الداخلية.

وتوضح الأمثلة الثلاثة الآتية الفرق بين المنحى السلوكى فى النظر إلى المشكلات والمناحى الأخرى :

١ – السيد أحمد يعانى وسواساً قهرياً .

٢ – السيد أحمد يقوم بغسل يديه ثلاثين مرة متتالية، فى كل مرة يغسل فيها يديه يوميا، وهو يغسلها بهذه الطريقة أكثر من ٢٠ مرة يوميا .

٣– السيد أحمد يخشى من التلوث ويتجنبه .

الصيغة (٢) وحدها هى التى تمثل وصفا سلوكيا لمشكلة السيد أحمد ، فهى تمثل وصفاً عيانياً ودقيقاً لمشكلة المريض يمكن الحصول عليه بواسطة ملاحظ جيد.

والمعالج السلوكى يهتم بما يفعل المريض وليس أى مريض هو ، بمعنى أن السيد أحمد يغسل يديه عشرات المرات كل يوم بشكل قهرى، وليس أن السيد أحمد شخص وسواسى قهرى .

يلاحظ أيضا أن اللغة المنطوقة هى سلوك ، بل هى تشكل النسبة الكبرى الأكثر أهمية من السلوك الإنسانى ، ويركز الكثير من المعالجين السلوكيين على السلوك غير اللفظى ، مثل التغيرات فى التقارير الذاتية[2] والتى تمثل مصدرا آخر من التقييم الإكلينيكى من المنظور السلوكى. ويوضح المثال التالى الفرق بين الملاحظة السلوكية والملاحظة غير السلوكية :

---

(1) Temper Tantrum
(2) Self -Report

١ - تتحدث السيدة ليلى بطريقة اكتئابية (ملاحظة غير سلوكية ) .

٢ - تتحدث السيدة ليلى ببطء شديد وبإيقاع ثابت وتتوقف عدة مرات لتنهج بالبكاء ( ملاحظة سلوكية ) ، المشاعر الوجدانية أيضا عبارة عن سلوك يمكن وصفه بطريقة صحيحة وثابتة وذلك بالإشارة إلى مكوناتها السلوكية الملاحظة ، ويمكن أن نعرف طريقة وصف المشاعر الوجدانية من خلال الإجابة على السؤال الآتى :

ما الذى يفعله الشخص عندما يعانى خبرة وجدانية معينة ؟ ( من حيث تعبيرات الوجه ، الحركة أو السلوك الحركى ، التحدث والكلام ) .

ومن الأمور المهمة أيضاً فى التقييم السلوكى بهدف التعرف على مشكلة المريض: معرفة السياق الاجتماعى أو البيئى التى تظهر فيه هذه السلوكيات المعينة ، تحت أى ظرف تحدث ؟ تحت أى موقف تفاعلى تظهر ؟

**الصورة النمطية للعلاج السلوكي**

الصورة النمطية للعلاج السلوكى هى أنه يتعامل مع الظواهر ، مع السطح أو الأعراض ، مع السلوك الحركى وليس مع العواطف المجردة أو العوامل الدفينة ، وهذه الصورة غير صحيحة تماماً، فالمعالج السلوكى يتعامل مع الغضب والعدوانية والقلق والخوف والتوكيدية وتدمير الذات والاشتياق للمخدرات والكحول والبرود والعجز الجنسى والانحراف الجنسى والاستجابات العاطفية، وكل هذه انفعالات ووجدانات ، والفرق فقط هو أنه يترجمها دائماً إلى وحدات سلوكية عيانية قابلة للملاحظة، ثم وحدات تقبل التدخل لتعديلها أو كفها أو تبديلها بغيرها .

والكثير من المشكلات ذات الطابع الانفعالى مما ذكرناه يتم التعامل معها بواحد من الأساليب العلاجية السلوكية الكثيرة ، ومن بينها الأسلوب الذى يطلق عليه اسم التسكين المنظم[١] والذى يتعامل مباشرة مع المكون الرئيس فى هذه الاضطرابات وهو القلق[٢] . وهنا يتعين أن نميز بين معنيين للقلق :

١ - القلق الذى يتضمن مظاهر عضوية أو سلوكية قابلة للملاحظة مثل

(1) Systematic Desensitization
(2) Anxiety

الارتجاف ، والتعرق ، وخفقان القلب ، واندفاع الدم إلى الوجنتين ، أو الشحوب ، والتوتر العضلى .

٢- والقلق الذى يذكر الشخص أنه يعانيه ، وحيث يلاحظ أن كثيراً من الناس تعلموا استخدام العديد من المفردات النفسية ، والرطانة بالمصطلحات العلمية معبرين عن أعراض معينة بهدف الحصول على الاهتمام أو الرعاية من الآخرين ، وهذا الاهتمام أو الرعاية هما فى ذاتهما ليسا المشكلة السلوكية ، ولكنهما أهداف ثانوية أو مكاسب ثانوية(١) يسعى إليها المريض، ويمكن أن يطلق عليها من المنظور السلوكى اسم التدعيم الاجتماعى(٢) ، ويلعب التدعيم الاجتماعى بالطبع دوراً مهماً فى استمرار الأعراض المرضية لدى الشخص، ودائما ما تكون الخطوة الأولى فى العلاج السلوكى للانفعالات والحالات الوجدانية هى تحديد المصاحبات الملاحظة للانفعالات ، ما الذى يسبقها مباشرة ؟ وكيف تستجيب البيئة والأشخاص الموجودون فيها للشخص الذى يعبر عن هذه الانفعالات ؟

ولا يلغى الاهتمام بالحصول على إجابات لكل هذه الأسئلة ضرورة الحصول على التاريخ الشخصى والمرضى للمريض وكيف بدأت مشكلته ؟ وعلى وجه العموم فعند تقييم السلوك الانفعالى للمريض يجب أن نعرف على وجه التحديد الإجابة على الأسئلة الآتية :

١- ما السلوك غير المرغوب فيه الذى يقوم به المريض ؟

٢- ما الاستجابات المرغوبة والمطلوبة ؟

٣- ما الموقف أو المواقف التى يحدث فيها السلوك المرضى ؟

٤- ما المترتبات الناتجة عن السلوك غير التوافقى ( المرضى ) ؟

ويوضح المثال التالى الفرق بين الصيغ العامة للمشكلات والتى تتضمن فروضاً قد لا يمكن التحقق منها والصيغ ذات الطبيعة السلوكية ( الوصفية ) للسلوك الذى يقوم به الشخص بالفعل .

---

(1) Secondary gains

(2) Social Reinforcement

السيد عامر يخشى من دفعاته العدوانية، ولهذا يبدو أنه غير قادر على التعبير عن غضبه المناسب فى الوقت المناسب .

هنا تتضمن الصياغة فرضاً حول وجود دفعات عدوانية (داخلية وغير منظورة) تعد بمثابة القوى الكامنة التى تستثير استجابة الغضب غير المناسبة لدى السيد عامر .

أما الصيغة السلوكية الصحيحة للمشكلة فتأخذ الشكل الآتى على سبيل المثال :

السيد عامر يستطيع التعبير عن انفعالاته الصحيحة بقوة مع رئيسه وزملائه فى العمل ولكنه يكون نكداً وسلبياً ،تحبطه زوجته فى البيت .

المهم إذن أن الخطوة الأولى فى العلاج السلوكى تتمثل فى تحديد ووصف المشكلة بصورة عيانية قابلة للملاحظة؛ دون أن يتضمن الوصف فروضاً أو تفسيرات كامنة .

**وتتلخص الاعتبارات السابقة فى النقاط الآتية :**

١- الخطوة الأولى هى تحديد مشكلة أو مشكلات المريض بطريقة عيانية وقابلة للملاحظة والوصف الذى يمكن أن يتفق عليه أكثر من ملاحظ مستقل .

٢- اللغة المنطوقة والأفكار والمشاعر التى ترد فى تقارير المريض هى أيضا سلوك لفظى، وهى مجالات ذات علاقة بالإجراءات العلاجية التى يقوم بها المعالج السلوكى .

٣- يمكن التعامل مع الحالة الوجدانية للمريض فى إطار العلاج السلوكى طالما يمكن وصفها وتحديدها بصورة واضحة تماماً بواسطة المريض ، أو إذا كان من الممكن ملاحظة أشكالها المختلفة من خلال ملاحظة سلوكية يقوم بها المعالج .

٤- يتعين فى العلاج السلوكى تحديد مشكلة المريض وتقرير أى سلوك هذا الذى يبدو مفرطاً فى حدوثه وكيف يكون سلوكاً غير توافقى وغير مرغوب ، وما السلوك السوى أو التوافقى المستهدف نتيجة للعلاج ، ويساعد ذلك كلاً من المعالج والمريض على حسن تحديد أهداف العلاج .

٥- تحديد المشكلة والأهداف العلاجية عمل مشترك وتعاونى بين المريض والمعالج، ويتوقف عليه نجاح العلاج .

## تعدد مسميات العلاج السلوكي

رغم تعدد التعبيرات والمصطلحات التي يشار بها إلى ما يمكن تسميته بالعلاج السلوكي مثل تعديل السلوك(١) والعلاج بالتشريط(٢) ، وضبط السلوك(٣) ، والإرشاد السلوكي(٤) والعلاج بنظرية التعلم(٥)، والعلاج بالتنفير(٦) ، وتغيير السلوك(٧) أو غير ذلك من النظم العلاجية التي تجمع بين اثنين أو أكثر من هذه المصطلحات ، إلا أن أغلب هذه المصطلحات تبدو بمثابة مترادفات بالنسبة لأغلب المعالجين الممارسين ، وإن كان البعض منهم يرى بينها اختلافات نوعية (Annon,1976,pp.3-4) .

ويعتمد العلاج السلوكي على فرضية رئيسة ترى أن العصاب وسائر أشكال السلوك غير التوافقي التي يعانيها الفرد مكتسبة ، أي أنها بمعنى آخر متعلمة(٨)، وهي تفسر نتيجة لذلك بقوانين ومبادىء التعلم وإلغاء أثر التعلم، التي تنطبق على السلوك السوي وغير السوي ، ومن هنا يوضح ولبه Wolpe أن العلاج السلوكي يعتمد بصورة مباشرة على فرضية أن السلوك غير المتوافق المتعلم يمكن أن يصبح غير متعلم، وأن أكثر الطرق المنطقية لتحقيق هذا الهدف تعتمد على المبادىء والمعلومات المتوافرة من عمليات التعلم (Wolpe,1985,p.1-2)والتي قدمت على امتداد النصف الأول من القرن العشرين على أيدي كل من بافلوف Pavlovوواطسن Watsonوسكينر Skinner. والتعلم هنا يقصد بالمعنى الواسع الذي يتضمن اكتساب أي شكل من السلوك نتيجة للخبرة ، مستبعدا بذلك السلوك الذي ينتج عن التأثير المباشر لوظائف الجهاز العصبي أو التغذية .

## نشأة العلاج السلوكي

يلاحظ على وجه الخصوص أن العلاج السلوكي والعلاج المعرفي من بين كل أساليب العلاج جميعها هما اللذان شقا طريقهما خلال التسعينات ، وقد أوضحت

(1) Behavior Modification
(2) Conditioning Therapy
(3) Behavior Control
(4) Behavior Counseling
(5) Learning Theory Treatment
(6) Aversion Therapy
(7) Behavior Change
(8) Learned

الدراسات التقييمية المتتالية أنهما الأكثر فعالية وتحقيقاً للنجاح فى علاج الكثير من الاضطرابات ، كما كانت أساليب العلاج المعرفى أكثر الأساليب التى حظيت ببحوث شاملة (Beck et al.,1979)، ويرجع ذلك إلى نجاحها فى علاج الاكتئاب على وجه الخصوص.

وتبدو أهمية توافر أسلوب جيد وفعال لعلاج الاكتئاب من حقيقة أنه حتى صدور الدليل التشخيصى والإحصائى الثالث[١] للأمراض العقلية كانت المحكات التشخيصية المستخدمة والمستمدة أساساً من الدليل التشخيصى الثانى[٢] وبتطوير محدود ، غامضة ولا توفر توصيفاً فارقاً يتسم بالثبات ، فمن ناحية كانت تعتمد على المنحى النفسى مسترشدة فى ذلك بأفكار بلويلر، وهذا المنحى استدلالى بطبيعته ويتجه إلى تفسير الأعراض باعتبارها إرجاعاً[٣] لتفاعلات نفسية داخلية ( وفقاً للمفاهيم الفرويدية ) ، ومن ناحية أخرى أدى غموض المحكات إلى اختلافات أساسية فى التشخيص ، فقد ظهرت اختلافات فى التشخيص بين الأطباء النفسيين الإنجليز والأمريكيين قبل صدور الدليل التشخيصى الثالث عندما كان الأطباء النفسيون الأمريكيون يشاهدون أشرطة فيديو لحالات شخصت فى بريطانيا ويقدمون لها تشخيصاً مختلفاً (Cooper et al.,1972) .

وقد بدأ إسهام علماء النفس فى العلاج بوصفه مهنة منذ فترة غير بعيدة لا تزيد على خمسين عاماً، رغم أن ويتمر Witmer أسس أول عيادة نفسية[٤] وصك مصطلح علم النفس الإكلينيكى[٥] منذ عام ١٨٩٦ ( Fagan 1996). ويذكر كروجمان (Krugman , 1945)فى مسح له لميدان علم النفس الإكلينيكى أن هناك تطوراً حديثاً فيه ، وهو نمو اهتمام الإكلينيكيين بالعلاج النفسى ، وبينما ظهر هذا التطور فى أمريكا بصورة بطيئة أولاً نحو هذا التاريخ ، كان الأمر بالنسبة لبريطانيا أكثر صعوبة نتيجة للمعارضة من جانب الأطباء النفسيين ، وكانت مقاومة انخراط

---

(1) Diagnostic and Statistical Manual-III
(2) DSM-II
(3) Reactions
(4) Psychological clinic
(5) Clinical Psychology

علماء النفس الإكلينيكيين فى العلاج حادة ، وحتى ذلك الوقت اقتصر إسهامهم على البحث والتشخيص ، وهما الوظيفتان الأساسيتان اللتان كانتا لعلم النفس الإكلينيكى فى بريطانيا وقتئذ ، ولعل ما يبدو أكثر غرابة فى هذا الوضع أن بعض علماء النفس الإنجليز تبنوا أيضا هذا الاتجاه ، فقد كتب أخصائى نفسى إكلينيكى بريطانى لزميل له فى أمريكا مؤكدا على أن العلاج النفسى ليس وظيفة مناسبة لعلم النفس الإكلينيكى فى بريطانيا للأسباب الآتية :

أ- أن العلاج مشكلة طبية والأخصائيين النفسيين الإكلينيكيين ليسوا أطباء .

ب- أن الانخراط فى العلاج ينقص ويقلل من مستوى الأداء فى البحث والتشخيص .

جـ- أن ممارسته تؤدى إلى تحيز من جانبهم لصالحه مما يجعل تقييمه العلمى، موضع تساؤل ( Eysenck ,1959).

ومع هذا ، ورغم المناخ المشحون بالنقد الحاد للعلاج الدينامى والتحليل النفسى اللذين كانا يمارسان منذ فترة مبكرة ، ورغم معارضة قيام الأخصائيين الإكلينيكيين أساساً بالعلاج ظهر العلاج السلوكى فى بريطانيا .

جاءت البداية من تطبيق سولمون وكامين ووين Solomon ,Kamin and Wynne ، لأساليب التشريط البافلوفى على كلب تجارب بهدف استحداث اضطراب سلوكى مشابه لعصاب الوسواس القهرى[1]، ثم علاجه بعد ذلك باستخدام أساليب التشريط البافلوفى أيضاً .

ولعله من المفيد عرض هذه التجربة الفريدة التى كانت فاتحة لظهور العلاج السلوكى؛ بما تتضمنه من إيضاح لمنطق هذا العلاج والحقائق العلمية المتضمنة فيه .

تنقسم التجربة إلى مرحلتين: الأولى هى استحداث الاضطراب المرضى تجريبيا ، والثانية هى شفاء الأعراض وذلك على الوجه الآتى :

(1) Obsessive Compulsive Disorder

### ١- استحداث الاضطراب

هدفت التجربة لتعريض كلب لموقف وظروف ذات طبيعة عصابية تنتهى به لتطوير سلوك قهرى مشابه للسلوك القهرى الإنسانى ، صمم الباحثون صندوقاً أو حجرة تجارب صغيرة[١]مكونة من جزءين يفصل بينهما حائط عازل غير مرتفع يسمح للكلب بالقفز عبره عند الضرورة ، بالإضافة إلى ذلك أعد كل جزء بحيث يمكن التحكم فى كهربته منفصلاً عن الجزء الآخر ، وزودت الحجرة بجزءيها بتجهيزات تسمح بإصدار ضوء متقطع تحت التحكم لكى يستخدم فى تقديم المنبه الشرطى[٢] ، ويوضع الكلب فى أحد جزئى الحجرة ، ويضاء الضوء المتقطع ( منبه شرطى ) يعقبه بعشر ثوان كهربة أرضية الحجرة التى يقف فيها الكلب، وتكون الاستجابة المتوقعة فى هذه الحالة- وهى التى تحدث بالفعل- أن يقفز الكلب عبر الحاجز المنخفض هرباً إلى الحجرة الأخرى حيث تمثل منطقة آمنة له تخلو من الكهرباء، وبعد فترة قصيرة يقدم المنبه الشرطى مرة أخرى ، ويتعرض الكلب بعدها بعشر ثوان لصدمة كهربائية جديدة ، فيقفز مرة أخرى عبر الحاجز من الحجرة التى كانت آمنة عائداً إلى الحجرة الأولى التى أصبحت آمنة هذه المرة تجنباً للصدمة الكهربائية ، وبعد عدة محاولات تم تشريط استجابة الكلب بحيث يقفز من حجرة إلى أخرى بمجرد ظهور الضوء ( المنبه الشرطى ) وقبل حدوث الصدمة الكهربائية ، ونتيجة لذلك ظل الكلب يقفز من حجرة إلى أخرى بمجرد إضاءة الضوء المتقطع، وبعدد كبير من المرات، وبشكل قهرى مشابهاً تماماً للسلوك القهرى عند الآدميين ، فالكلب يقفز لكى يتجنب أو يخفض من الخوف الشرطى أو القلق مثلما يقوم المريض الآدمى بتكرار غسل يديه وتنظيف نفسه لكى يتجنب الاستجابة الشرطية للقلق والخوف .

بهذا تم استحداث تجريبى لحالة وسواس قهرى مشابهة تماما لما يحدث لدى المريض الآدمى ، فكيف يمكن باستخدام وسائل التشريط نفسها الشفاء من هذا الاضطراب ؟

---

(1) Shuttle Box
(2) Conditioned Stimulus

**٢-العلاج**

كانت الطريقة الناجحة التى استخدمها سولمون وزملاؤه فى العلاج هى الآتى :

أن يتم تقديم المنبه الشرطى ( الإضاءة ) مع منع الكلب من القفز عبر الحاجز(تعرض) بزيادة ارتفاع هذا الحاجز بما لا يسمح بالقفز أعلاه ، ويترتب على ذلك إغراق[1]الكلب فى المنبهات المثيرة للقلق ( الناتجة عن توقعه للصدمة الكهربائية ) نتيجة لهذا التعرض المتصل ، مع منعه من الاستجابة[2] بالقفز والتى كان يقوم بها تخلصا من الخوف والقلق ، غير أن هذا الأسلوب سيؤدى فى ظاهره (وهو ما يحدث بالفعل ) إلى زيادة خوف الكلب وقلقه ( لأنه شُرط لتوقع حدوث صدمة كهربائية بعد ظهور الضوء المتقطع ) ، وقد ظهرت بالفعل بعض علامات الخوف الفسيولوجية عليه ، وهى العلامات الشائعة فى هذه الحالة مثل: التبول والتبرز، الجرى باندفاع ، القفز نحو الحائط والنباح .. الخ ، وبالتدريج ضعف سلوك الخوف هذا إلى أن جلس الكلب ورقد هادئاً غير مبال بالضوء المتقطع، وفقد هذا الضوء المتقطع دلالته التشريطية فى إثارة القلق .

نظرياً يؤدى هذا الضعف لاستجابة الخوف إلى انطفائها وقد شفى الكلب بعد عدة مرات ، وهذا ما كان متوقعا بالفعل ، وقد اقترح سولمون وزملاؤه استخدام هذا الأسلوب مع المرضى الآدميين (Solomon et al., 1953, Eysenck, 1991, p.427)وضعت تجربة سولمون وزملاؤه بالفعل موضع التطبيق على الآدميين كما أوصى الباحثون ، ففى جامعة لندن ، ورغم المعارضة من أساتذة الطب النفسى ، وتوقع حدوث كارثة من تطبيق تجارب الحيوان على البشر ، تولى راخمان وهودجسون Rachman and Hodgsonزمام المبادرة لتطبيق أُسلوب الغمر أو الإغراق وذلك على الوجه الآتى:

اختير ٢٠٠ من المرضى الوساوسيين من أصحاب السلوك القهرى المقاومين للعلاج (سلوك الاغتسال القهرى)، وبعد اختيارهم عرض عليهم المنطق الدقيق

---

(1) Flooding
(2) Response Prevention

للتجربة وتم الحصول على موافقتهم للخضوع لها ، وكانوا بالطبع أحراراً فى رفض العلاج السلوكى وقبول أى نوع آخر من العلاجات التى تقدم لهم .

أدخل المريض الواحد (وحيث يتم العلاج على أسس فردية ) إلى حجرة خالية فيما عدا مائدة عليها وعاء كبير وأمامها مقعدان واحد للمعالج والآخر للمريض، وكان الوعاء مليئاً بالقاذورات ويقوم المعالج بوضع يديه كلها فى القاذورات ويطلب من المريض أن يفعل مثله ويستمر فى ذلك لمدة معينة ، وما إن يقوم المريض بتلويث نفسه حتى يرغب بشدة فى الذهاب لغسل يديه بسرعة ( نتيجة للقلق المتزايد من التلوث والجراثيم ) ، ولكن المعالج يطلب منه البقاء حيث هو ( منع الاستجابة ) ومثل الكلب فى تجربة سولمون وزملاؤه سيظهر المريض قدراً كبيراً من القلق والذى ينخفض تدريجياً بمرور الوقت إلى أن يتبدد القلق تماماً ويتوقف السلوك القهرى أى الرغبة فى غسل اليدين .

بهذه الصورة كان الأسلوب تطبيقاً مباشراً لما قام به سولمون وزملاؤه على الكلاب والمتوقع بالطبع أن ينجح بهذه الخطوات إذا كانت الأسس النظرية سليمة (Rachman and Hodgson , 1980,Likerman and Rachman,1980 ).

وبينما أجمع الأطباء النفسيون ممن نوقشت معهم التجربة قبل إجرائها على رفض النظرية وتنبأوا بفشلها وتوقعوا كارثة من ورائها، معتقدين أن الاستجابات الإنسانية مختلفة تماماً عن استجابة الحيوانات نتيجة لتدخل العوامل المعرفية لديه، بينما كان الأمر كذلك جاءت النتائج ناجحة نجاحاً باهراً وصل إلى شفاء ٩٠ ٪ من الحالات ، وعندما كررها كل من ماير Mayer وليفى Levy وشنورر Schnurer 1974, وفوا وجولدشتين Foa and Goldstein ,1978 كان ناجحاً بنفس الدرجة (Eysenck ,1991,pp427-8).

كانت هذه هى البداية القوية التى انطلق بعدها العلاج السلوكى فى إنجلترا من ناحية وبجهود وأعمال جوزيف ولبه Wolpe وزملاؤه فى جنوب إفريقيا من ناحية أخرى، والتى كان لها هى الأخرى الأثر المباشر فى تطبيق عديد من الأساليب التى تقف على الأسس النظرية التى استخدمت فى إنجلترا لعلاج الوساوس القهرية .

وتتعدد أساليب العلاج السلوكي، ويصلح بعضها لعلاج الوساوس القهرية، بينما يصلح البعض الآخر لعلاج المخاوف والقلق العام.. وهكذا. وبالإضافة إلى أسلوب الغمر ( أو التعرض ومنع الاستجابة) تستخدم أساليب أخرى مثل التسكين المنظم(١) والتنفير(٢) والكف المتبادل(٣) وغيرها من الأساليب والتى يقوم المعالج فى أحيان كثيرة بتفصيلها(٤) على الموقف والأعراض وحالة المريض؛ بما يسمح بقدر كبير من المرونة فى إظهار المعالج لقدراته الإبداعية .

وفقا لهذا المنطق واعتمادا على حقائق التعلم التجريبية والاختبارات الواقعية نشأت هذه الأساليب المتعددة للعلاج السلوكي التى يقف خلفها عدد محدود من مبادىء التعلم التى يمكن تصنيفها في ثلاث فئات :

**الأولى** : العلاجات التى تعتمد على نظرية التشريط الكلاسيكي لبافلوف منذ أوائل القرن العشرين في روسيا والتى قدمها ولبة Wolpe,1958 وزملاؤه فى جنوب إفريقيا . ويتضمن هذا المنحى العلاجى استخدام الاسترخاء العضلى(٥) والتحصين ( أو التبليد ) التدريجى(٦) ،باعتبار أن القلق المتعلم هو الأساس لأغلب الاضطرابات العصابية ، وأن كل ما يعتقد أنه أعراض لهذا القلق ، مثل الوساوس القهرية والمخاوف وغيرها من الاضطرابات هو الاضطراب نفسه ، وليس أعراضا لاضطراب كامن حسبما ذهب اليه التحليل النفسى ، وعلى ذلك فإن الأساليب السلوكية المقترحة تهدف إلى الوصول إلى استجابات سوية تحل بدلا من الاستجابات غير التوافقية للمنبهات الخارجية، من خلال تعارضها مع استجابات القلق التى يقوم بها المريض ، وهو الأسلوب الذى أطلق عليه اسم الكف المتبادل (٧) .

**والثانية** : الأساليب التى تعتمد على نموذج التشريط الفعال(٨) لسكينر -Skin

(1) Systematic desensitization
(2) Aversive technique
(3) Reciprocal inhibition
(4) Tolerate
(5) Muscle relaxation
(6) Systematic Desensitization
(7) Reciprocal Inhibition
(8) Operant Conditioning

ner,1953، وحيث يهدف العلاج إلى تنمية أساليب سلوكية جديدة وتوافقية من خلال تدعيم إيجابى لاحق لها يتكرر بعد ظهورها ، وفى حالة الاستجابات المركبة يمكن القيام بعملية تشكيل [1] للسلوك، وحيث تكافىء كل خطوة إلى أن يتم تثبيتها ثم تكافىء أو تدعم الخطوات التالية إلى أن يكتمل السلوك ، وهى الأساليب التى نجحت بصورة واضحة فى مجالات تعديل سلوك الأطفال .

**الثالثة** : الأساليب التى تستمد من عدد من مبادىء التعلم الاجتماعى [2] لباندورا .Bandura, 1968

والأمر الملاحظ هو أن أغلب الأساليب العلاجية السلوكية اكتسبت دلائل تجريبية مقبولة تؤكد فعاليتها ، كما تعرضت لتطورات متتالية ، وبينما يرى البعض من الكتاب أن العلاج السلوكى يستمد قوته الحقيقية من تطبيقه للمنهج التجريبى على الحالة الفردية ، يرى البعض الآخر أن العلاج السلوكى يقوم فى حقيقة الأمر على بيانات واقعية وعلى المبادىء الخاصة بالتعلم (Yates,1970: Meyer,1970) . ويصف ييتس Yates ثلاثة مناحٍ متوازية ومستقلة نسبيا للعلاج السلوكى كما تطور فى كل من إنجلترا وجنوب إفريقيا والولايات المتحدة:

**المنحى الأول** : تطور فى إنجلترا وتزعمه كل من شابيرو Shapiro وزملاؤه فى مستشفى المودزلى بجامعة لندن فى الفترة المبكرة لتطور العلاج النفسى ( بين عامى ١٩٥٠ ، ١٩٥٥) يعتمد على الفحص التجريبى الشامل للمريض باعتبار أن لكل مريض مشكلته النوعية الخاصة به التى قد لا تصلح معها الأساليب والإجراءات المعيارية للعلاج ، وبالتالى فالعلاج يتم من خلال دراسة تجريبية مضبوطة للمريض ومشكلته .

**المنحى الثانى** جاء من جنوب إفريقيا على أيدى كل من ولبة ولازاروس Lazarus، ورخمان Rachman الذين طوروا أسلوب التسكين المنظم [3] ونشر ولبة نتائج سلسلة من التجارب التى تتضمن استحداث العصاب وإزالته من

(1) Shaping
(2) Social learning
(3) Systematic Desensitization

حيوانات التجارب ، ثم طبق بعد ذلك المبادىء نفسها على المرضى العصابيين بطرق مختلفة ، تعتمد جميعها على التشريط الكلاسيكي لبافلوف ، وهي الأساليب التي انتشرت بعد ذلك في إنجلترا .

**المنحى الثالث**: الموازى في العلاج السلوكي هو الذي تطور في أمريكا من خلال التشريط الفعال لسكينر الذي يرتكز على التحكم المنظم في البيئة المحيطة بالاضطراب والعائد الذي يحققه بهدف تعديل السلوك ، وقد اتسع استخدام هذا الأسلوب حتى مع المرضى الذهانيين ، ومنهم الفصاميون وغيرهم ، وقد اكتسبت هذه الأساليب الجديدة أهمية واضحة من استخداماتها مع المرضى المقيمين في المؤسسات العلاجية (Annon,1976,pp.5-6) .

**نقد العلاج السلوكي**

على الرغم من قبولنا للعلاج السلوكي بوصفه أحد أفضل منظورين للعلاج (والآخر هو العلاج المعرفي ) ، إلا أنه من الملائم مناقشة النقد الموجه لهذا المنحى والردود المتاحة حتى الآن على هذا النقد .

يتجه النقد الأول إلى القول إن العلاج بالأساليب السلوكية يتناول الأعراض ، ولأن هذه الأعراض المرضية ماهي إلا أساليب توافقية - رغم كونها غير سوية - يلجأ لها الفرد، فإن إزالتها أو خفضها بالعلاج السلوكي يؤدى إلى حلول أعراض مرضية بديلة تحل[1] مكانها لتؤدى الوظيفة التوافقية التي كانت تقوم بها الأعراض التي عولجت ، ويبنى أصحاب مدرسة التحليل النفسي هذه الفكرة على النظرية الهيدروليكية التي ترى أن الصراعات غير الشعورية ستعبر عن نفسها في صورة ما إلى أن يتم حل هذا الصراع، وقد فحص هذا النقد منذ فترة مبكرة من خلال منظورين مختلفين :

**الأول**: هو الدلائل التجريبية المؤيدة أو الداحضة لظهور أعراض غير سوية بديلة نتيجة لعلاج أعراض مرضية بواسطة أساليب العلاج السلوكي ، وقد أشارت النتائج التجريبية لعدم وجود دلائل على ظهور هذه الأعراض البديلة ، كما تبين أنه

(1) Symptom Substitution

يندر تماما ظهورها (Ullmann & Krasner, 1965, Brown,1970,pp251-252)، والحقيقة أن البحوث فى فعالية العلاج السلوكى تشير- وفى مجال علاج الوساوس والأفعال القهرية على وجه الخصوص- إلى عدم ظهور أعراض بديلة (Baer&Minichiello,1998) . وقد أكد ذلك ولبة ولازاروس فى إشارتهما إلى أن ما يحسم هذه القضية هو بحوث متابعة نتائج العلاج- والمتاحة على نطاق واسع -والتى تظهر أن التغيرات السلوكية تدوم ، وأنه بالنسبة للحالات القليلة للغاية التى يبدو فيها أن أنماط السلوك التى تغيرت قد عاودت الظهور مرة أخرى فإنها سريعا ما تشفى بعد علاج قصير خلال فترة المتابعة .

**الثانى :** أن هناك عددا من التفسيرات الواضحة لعدم ظهور هذه الأعراض البديلة، من ذلك أن اختفاء الأعراض المرضية إنما يمثل تعلما جديدا ، وهو ما يعبر عن اكتساب ميكانيزمات توافقية سوية ، كما أن هناك ظاهرة الشفاء التلقائى[1] والتى تحدث أحيانا بدون علاج ولا يترتب على حدوثها ظهور أعراض بديلة ، وكذلك ما يؤدى إليه العلاج السلوكى من تغير فى أولويات الاستجابات السلوكية دون بقاء للإستجابات المهجورة أو العودة اليها (Brown,1970,Cahoon1968) .

وينطلق النقد الثانى فى واقع الأمر من الأفكار التى يتبناها التحليل النفسى، والتى ترى أن العلاج يجب أن يتجه للأعماق لمحاولة الوصول إلى الأسباب التى تؤدى إلى الاضطراب وليس مظاهره فقط ، وطالما أن العلاج السلوكى لا يهدف للتعرف على الأسباب أو الوصول إلى الأعماق فإن النتيجة التى تتحقق منه - القاصرة على علاج الأعراض - هى فى حقيقة الأمر نتيجة مؤقتة ، وأنه مالم يكتسب المريض استبصارا[2] باضطرابه فلن يتحقق له شفاء حقيقيا ، أو أن الشفاء لن يدوم بالصورة المطلوبة. كما لوحظ من ناحية أخرى أن المريض غالبا ما يكتسب استبصارا بأسباب اضطرابه بعد تحقيقه لنتائج علاجية إيجابية ، بالإضافة إلى العديد من التفسيرات التى قدمت للرد على النقد الخاص بحلول أعراض بديلة والتى توفر إجابة أيضا على هذا النقد (Wolpe&Lazarus, 1966, Wolpe, 1985).

---

(1) Spontaneous Recovery
(2) Insight

النقد الثالث يدور حول أن العلاج السلوكى يبدو فعالا فقط فى حالة المشكلات المحددة والمعرفة بوضوح مثل حالات المخاوف الأحادية[1] ، ومع الأخذ فى الاعتبار ما كان معروفا لفترة طويلة من استعصاء حالات المخاوف بصفة عامة على العلاج ، فإن هذا النقد بدأ يتضاءل بشدة ويفقد قيمته بعد ظهور عدد من أساليب العلاج المختبرة التى قدمها وولبة ولازاروس فى كتابهما حول أساليب العلاج السلوكى الصادر عام ١٩٦٩ والذى عرضا فيه الكثير من العلاجات الناجحة لعدد كبير من المشكلات ، وانتهيا منها إلى أن العلاج السلوكى فعال وبكفاءة عالية فى علاج كل الاضطرابات العصابية وليس المخاوف الأحادية فقط (Wolpe& Lazarus,1966, Klein et al.,1969, Annon, 1976)

نقد رابع يوجه للعلاج السلوكى يدور حول أن الأفكار مهملة فى هذا العلاج ، بمعنى أن العلاج السلوكى يبسط الأمور من خلال قصر تعامله على السلوك فقط دون الأفكار ، والدوافع غير الشعورية لدى المريض ، غير أن التحليل السلوكى الشامل يوضح أن كل المتغيرات تؤثر فى السلوك ، ويتجه منحى التحليل السلوكى إلى تقييم كل المتغيرات المؤثرة فى السلوك سواء الحركية أو الفسيولوجية أو الانفعالية أو المعرفية، ويرى ولبة (Wolpe, 1978) من جانب آخر أن المعرفة سلوك وهى تخضع لنفس قوانين الحتمية السلوكية، شأنها فى ذلك شأن أى سلوك آخر ، والعوامل المعرفية متضمنة فى نظرية التعلم ومبادئ التشريط منذ البداية ، وتعمل الكلمات كمنبهات مثلما تعمل الإشارات ( صوت الجرس ) فى تجارب بافلوف وتكون أيضاً الاستجابات الشرطية ، وتشير بعض التطورات المهمة فى نظرية التعلم إلى أهمية التمثيل المركزى الذى هو فى الواقع العمليات المعرفية ، لهذا يدرج منظرو التعلم المحدثون بشكل نظامى العمليات المعرفية فى آليات التشريط ، ومن السهولة بالطبع إيجاد التكامل بين نظرية التشريط وبين نموذج تداول المعلومات Information Processing والذى يعكس الإضافة التجريبية المهمة التى يقدمها علم النفس المعرفى لنظرية التعلم . وقد اقترح راخمان Rachman منحى ثلاثى النظم فى علاج المخاوف ، اشتق من أعمال

---
(1) Unitary Phobias

لانج Lang بدلا من النظرة القديمة للمخاوف باعتبارها مفهوما أحاديا ، وعلى ذلك فهناك ثلاثة نظم للسلوك ( الحركى ، والفسيولوجى ، واللفظى ) بينها ارتباط ضعيف، بينما كان المفهوم الإجمالى للخوف يتضمن ارتباطا تاما بين هذه النظم الثلاثة ، وهو فرض برهنت الكثير من بحوث تحليل السلوك على تعذر الدفاع عنه مشيرة إلى هذا الارتباط الضعيف الملاحظ دائما بينها ، مثال ذلك أن مريض الوساوس القهرية قد يعبر عن مخاوف شديدة من الموقف ، إلا أنه يمكن أن يرغم نفسه على التخفف منه معبرا عن زيادة ضئيلة فقط على المقاييس الفسيولوجية للإستثارة(١) . وقد أطلق راخمان على الارتباط الضعيف بين هذه النظم أسم اللاتزامن(٢) ، وعندما يتبقى هذا اللاتزامن بعد العلاج فإنه قد يكون مؤشرا على فشل العلاج (Baer & Minichiello, 1998, p. 342) .

**العلاج المعرفي:**

كان غموض المحكات فى الدليل الثالث محدثا لفروق تشخيصية داخل أمريكا وبين أطبائها تقوم على أسس عنصرية ، فالمريض الأمريكى الأسود الإفريقى الأصل يشخص وفق نفس المحكات التى تنطبق على المريض الأبيض بالمفهوم العام غير المحدد وهو الفصام ، بينما يشخص الأمريكى الأبيض على أنه اكتئابى (Maxmen and Ward ,1996, p10 )، والنتيجة الجانبية _وإن كانت الأكثر أهمية لهذا الوضع _هى أن التشخيص الأغلب كان هو الاكتئاب ، والعلاج الناجح له هو العلاج المعرفى ، وبالتالى فالاهتمام به والتجريب عليه وتقييمه أصبح من الأمور الضرورية ، من هنا يمكن فهم كيف شكل المناخ العلمى هذه المجموعة من العناصر التى أسهمت فى تأكيد أهمية العلاج المعرفى .

وقد أظهرت البحوث التقييمية الأحدث ما لهذا الأسلوب العلاجى من قيمة ، ففى مراجعة دوبسون (Dobson , 1989) التى تضمنت فحص نتائج ثمانية وعشرين بحثاً ، استخلص أن علاج بيك Beck المعرفى يبدو أكثر فعالية من العلاج السلوكى

---

(1) Arousal
(2) Desychrony

أو الدوائى فى علاج الاكتئاب الإكلينيكى ، كما كان متفوقاً بالمثل على أساليب العلاج النفسى الأخرى فى علاج الاكتئاب.

تقوم النظرية المعرفية على أسس واقعية أو تجريبية(١) وهى تستخدم نتائج البحوث لتقرير مبادئها النظرية ، كما أنها تسمح بالمثل بقدر كبير من المرونة فى وجهات النظر والتطبيقات الممكنة ، ومن الضرورى ملاحظة التمييز الواضح بين مناح معرفية مختلفة ، فبعض العلاجات المعرفية تتجه إلى التركيز على العمليات العلاجية(٢) ، وهى عمليات معرفية فى طبيعتها ، بينما تركز بعض الأساليب العلاجية الأخرى على المضمون المعرفى(٣) أو على البنية المعرفية المفترضة ، وإذا أخذنا حل المشكلات(٤) وهو أسلوب علاجى مهم فسنجد أنه يركز بقدر أكبر على العمليات العلاجية مقارنة بتركيزه على مضمون المشكلات التى يدرب المريض على طرق حلها (Dobson,2001,p.xii). ودائما ما يشترك العلاج المعرفى والعلاج السلوكى فى الالتزام بالمنهج العلمى، كما يقوم كلاهما بالتأكيد على قدرة المريض على تعلم طرق أداء جديدة وتوافقيه ، ويعد العلاج المعرفى السلوكى أساسا بمثابة دمج بين النظريات والأساليب السلوكية والمعرفية (Beutler et al., 2001, p.146)وهو دمج حقق نتائج إيجابية فى علاج الكثير من الاضطرابات، ويذكر ايزنك Eysenck) ( 1991,أن أحد الأسس المهمة فى تطور العلاج السلوكى فى السنوات الحديثة هو المساهمة الكبيرة للاتجاه المعرفى فيه ، والتى أدت إلى ما يعرف أحياناً بالاتجاه المعرفى السلوكى Cognitive behavioral therapy ، مشيراً فى ذلك إلى أعمال كل من بيك Beckوماهونى Mahoneyوميكنبوم Meichenbaum (Eysenck ,1991,p482)، ويرى ولبه (Wolpe ,1978)كما سبق أن ذكرنا أن المعرفة، سلوك وهى تخضع لنفس قوانين الحتمية السلوكية، شأنها فى ذلك شأن أى سلوك آخر ، والعوامل المعرفية متضمنة فى نظرية التعلم ومبادئ التشريط منذ البداية ، وتعمل

(1) Empirical
(2) Process of Therapy
(3) Cognitive Content
(4) Problem Solving

الكلمات كمنبهات مثلما تعمل الإشارات (صوت الجرس ) فى تجارب بافلوف وتكون أيضاً الاستجابات الشرطية ، وتشير بعض التطورات المهمة فى نظرية التعلم إلى أهمية التمثيل المركزى وما هو فى الواقع إلا العمليات المعرفية ، لهذا السبب يدرج منظرو التعلم المحدثون بشكل نظامى العمليات المعرفية فى آليات التشريط ، ومن السهولة بالطبع إيجاد التكامل بين نظرية التشريط وبين نموذج تداول المعلومات In-formation Processing والذى يعكس الإضافة التجريبية المهمة التى يقدمها علم النفس المعرفى لنظرية التعلم.

وقد نشأ العلاج المعرفى بالصورة التى نعرفها الآن فى أوائل الستينيات من القرن الماضى على يدى أرون بيك Aaron Beck فى جامعة بنسلفانيا، وبيك أساسا طبيب نفسى ظل مشايعا ومطبقا لأساليب التحليل النفسى لفترة طويلة ، وفى عام ١٩٦٣ نشر مقالا بعنوان التفكير والاكتئاب : المحتوى الذاتى والتشوهات المعرفية (Beck,1963) لاحظ فيه أن العوامل المعرفية المرتبطة بالاكتئاب مهملة للغاية فى الوقت الذى يجرى فيه التأكيد على مفاهيم وصياغات التحليل النفسى الدافعية والوجدانية والتى تفترض أن الإكتئاب غضب ارتجاعى(١) ، ونتيجة لفحصه للمضمون المعرفى للمرضى السيكاتريين ، تمكن بيك من ملاحظة أن المرضى الاكتئابيين لديهم أنماط معرفية قابلة للتنبؤ تتضمن أفكارا سلبية حول الذات ، والعالم والمستقبل أطلق عليها اسم المثلث الاكتئابى(٢) ،وقد مكنه ذلك من التعرف على فروق متسقة فى المحتوى الفكرى المرتبط بالاضطرابات العصابية العامة؛ بما فى ذلك الاكتئاب .كما تبين بالمثل أن المرضى يعبرون عن تشوهات منتظمة فى أنماط تفكيرهم ، ومن هذا المنطلق استنبط نموذجا للتشوهات المعرفية يتضمن وصفا لهذه الأخطاء المنظمة (Dobson&Dozois,2001,p.14)، وهى الأخطاء التى تأخذ صورة الفروض غير المختبرة ، والإدراكات المشوهة ، أو أنساق المعتقدات غير السوية والتى تكون مسئولة عن صعوبات المرضى (Beutler et al., 2001, p.147).

---

(1) Retroflected
(2) Depressive Triad

امتد منظور بيك المعرفى من الاكتئاب الأحادى[١] إلى غيره من الاضطرابات النفسية بما فى ذلك الأنماط المختلفة للقلق ، والاكتئاب الثنائى ، واضطرابات الشخصية ، ومشكلات الاعتماد على العقاقير وغيرها. وتعتمد الأساليب المعرفية فى علاج هذه الاضطرابات على تأكيد الطريقة التى تحدث بها التشوهات فى الأفكار والتقييم المعرفى غير الواقعى للأحداث وما يحدثه من تأثير سلبى فى مشاعر الشخص وسلوكه ، وبالتالى يمكن افتراض أن الطريقة التى يشكل بها الشخص محددات واقعه تؤثر فى حالته الانفعالية ، بالإضافة إلى ذلك فإن النموذج المعرفى يفترض أن هناك علاقة تبادلية تقوم بين الوجدان والمعرفة يعزز كل منهما الآخر بما يؤدى إلى ارتفاع محتمل فى العجز المعرفى الانفعالى .

**مفهوم المخططات:**

المخطط[٢] عبارة عن بنية معرفية تتشكل فى فترة مبكرة من العمر ويفترض أنه يعبر عن نمط التفكير المكتسب خلال المرحلة الارتقائية ، وبينما تسمح مخططات الأشخاص الأسوياء بتفسيرات وتقييمات واقعية للأحداث ، فإن مخططات الأشخاص غير المتوافقين تؤدى إلى تشويه الواقع ، ومن هنا يمكن على سبيل المثال اعتبار أن مخططات المكتئب تعبر عن مثلث معرفى[٣] سلبى حول الذات والعالم الخارجى والمستقبل . وتفسر المخططات الكثير من الاضطرابات النفسية وليس الاكتئاب فقط ، كما تعد بمثابة المدخل الملائم للعلاج المعرفى .

وفقا لبيك Beck فإن تعبير مخطط ينطبق فى مجال علم الأمراض النفسية على أبنية ذات محتوى شخصى شديد الذاتية ، ينشط خلال اضطرابات مثل الاكتئاب ونوبات الهلع ، والوساوس، والقلق ويصبح مهيمنا . وبالتالى ففى حالة الاكتئاب الإكلينيكى تكون المخططات السلبية هى المسيطرة ، وينتج عنها تحيز سلبى منتظم فى تفسير واستدعاء الخبرات ، وفى التوقعات القصيرة والبعيدة ، وتصبح المخططات الإيجابية أقل هيمنة ، ويسهل على المكتئب ملاحظة الجوانب السلبية دون الإيجابية

(1) Unipolar
(2) Schemata
(3) Cognitive triad

فى أى موقف ، ويصبح أقدر على تذكر هذه الجوانب السلبية دون الإيجابية ، وهو يقدر الاحتمالات السلبية غير المرغوبة بوزن أكبر من الاحتمالات الإيجابية .

**مخططات يونج:**

ويرى يونج (Young,1999)أن لمخططات سوء التوافق خصائص معينة، كما يمكن التعرف على فئاتها وأنواعها . وتتسم مخططات سوء التوافق المبكرة عند يونج بعدد من الخصائص المهمة تلاحظ عند اختبارها :

١) فهى بالنسبة للشخص حقائق أولية حول نفسه أو العالم أو حولهما معا .

٢) أنها اختلال معرفى .

٣) أنها دائمة ومقاومة .

٤) دائما ما تحفزها بعض التغيرات البيئية ( مثل الموت أو الفقدان ) .

٥) وثيقة الصلة بالمستويات الانفعالية العليا أثناء نشاطها .

٦) تنتج فى العادة عن المزاج الولادى للشخص عبر طفولته ، والخبرات غير السوية مع أسرته أو القائمين على رعايته .

ويقدم يونج (Young et al.,2001, pp.271-273.) ثمانية عشر مخططا فى خمس فئات على الوجه الآتى :

**أ) الفئة الأولى: انقطاع الصلات(1) والرفض(2)**

وتعنى أن احتياجات الفرد للأمان والاستقرار والرعاية والانتماء لن تتحقق بطريقة يمكن التنبؤ بها فى سياق العلاقات الحميمة أو الأسرية ، وحيث تكون الروابط التقليدية متقطعة ، ومتفجرة ، وغير قابلة للتنبؤ أو فاسدة ، وتتضمن المخططات الآتية :

**١) الهجر(3) / عدم الاستقرار(4):**

عدم الاستقرار المدرك أو عدم الثقة فى الأشخاص المتوافرين للدعم والاتصال، مع الإحساس بأن الأشخاص ذوى الأهمية بالنسبة له لن يكونوا قادرين على

(1) Disconnection
(2) Disconnection and Rejection
(3) Abandonment
(4) Instability

الاستمرار فى توفير الدعم الوجدانى ، والحماية أو حفظ الصلة أو الحماية ، لأنهم غير مستقرين انفعاليا، ولا يمكن التنبؤ بسلوكهم ، ولا مصداقية لهم ، كما أنهم غير موجودين أو معرضون للموت أو أنهم سيقيمون علاقات جديدة مع شخص آخر .

**٢) عدم الثقة(١) / الاستغلال(٢)**

توقع قيام الآخرين بالإيذاء والاستغلال ، والاحتقار والغش ، والكذب والتآمر واستغلال الفرص والتسفيه بعنف أو بغضب ، وعادة ما يتضمن ذلك إدراكا بتعمد الأذى ، أو نتيجة لإمعان فى الإهمال غير المبرر ، كما يمكن أن يتضمن إحساس الشخص بكونه ضحية باستمرار للظلم أو خداع الآخرين .

**٣) الحرمان العاطفي(٣)**

توقع الشخص أن الآخرين لن يحققوا رغبته فى الحصول على درجة معتدلة من الدعم العاطفى بشكل ملائم ، والأشكال الثلاثة الرئيسة من الحرمان العاطفى هى الآتى :

أ – الحرمان من الرعاية : غياب التنبه ، والعاطفة والدفء ، والرفقة .

ب – الحرمان من التعاطف : غياب مشاعر التفهم، والإنصات ، والوضوح أو الشفافية، وغياب المشاركة المتبادلة للمشاعر مع الآخرين .

جـ – الحرمان من الحماية : فقدان القوة ، والتوجه، وعدم توافر إرشادات الآخرين .

**٤) النقص(٤) / الخزي(٥)**

شعور الشخص بالعطب أو النقص العقلى أو الداخلى ، وبأنه سيئ وغير مرغوب فيه ، أو معاق فى مجالات مهمة، أو أنه لن يكون محبوبا لدى الأشخاص الذين يهمه أمرهم. وقد تتضمن هذه الفئة حساسية مفرطة للنقد، والرفض واللوم ،

---

(1) Mistrust
(2) Abuse
(3) Émotional Deprivation
(4) Defectiveness
(5) Shame

والوعى بالذات ، والمقارنة بالآخرين ، والشعور بعدم الأمان ممن حوله، أو شعور بالخزى مما به من نقائص مدركة ، وقد تكون هذه النقائص شخصية ( مثل الأنانية أو نوبات الغضب أو وجود رغبات جنسية غير مقبولة ) كما قد تكون علنية ( مثل مظهر خارجى غير مقبول ، أو عيوب اجتماعية ) .

٥) العزلة الاجتماعية[١] / الاغتراب[٢]

شعور الشخص بأنه معزول عن بقية العالم ، ومختلف عن بقية الناس ، وأنه ليس جزءا من أى جماعة أو مجتمع .

ب) الفئة الثانية: استقلالية وأداء معطوبان[٣]

وتعلى توقعات الشخص عن نفسه ، وعن عالمه ، وهى التوقعات التى تتدخل فى قدرته الإدراكية على الانفصا ل ، أو مواصلة الحياة ، أو العمل مستقلا ، ومصدرها أصول أسرية تقليدية ضاغطة ومشوهة لثقة الطفل فى نفسه أو مسرفة فى الحماية، أو فاشلة فى تعزيز قدرة الطفل على الأداء بكفاءة خارج إطار الأسرة .

٦) اعتمادية[٤] / انعدام الكفاءة[٥]

اعتقاد الشخص أنه غير قادر على تحمل مسئوليات الحياة اليومية بطريقة تتسم بالكفاءة ، ودون مساعدة جوهرية من الآخرين ( مثال ذلك رعايته لذاته ، وحل مشكلاته اليومية ، وإصداره لأحكام صائبة ، والقيام بمهام جديدة ، واتخاذ قرارات جديدة ) ودائما ما تأخذ شكل فقدان الحيلة .

٧) الاستهداف للأذى والمرض[٦]

خوف مبالغ فيه من كارثة ستقع فى أى لحظة، وأنه لن يكون قادرا على حماية نفسه، وتتركز المخاوف حول واحد أو أكثر من الآتى :

---

(1) Social Isolation
(2) Alienation
(3) Impaired autonomy and performance
(4) Dependence
(5) Incompetence
(6) Vulnerability to harm or illness

أ) كارثة طبية ( مثال ذلك التعرض لذبحة صدرية ، أو الإصابة بالإيدز) .

ب) كارثة إنفعالية ( كالتعرض للجنون ) .

جـ) كارثة خارجية ( كأن يسقط به مصعد، أو يقع ضحية لعمل إجرامي، أو تسقط به طائرة ، أو يقع ضحية لزلزال ) .

**٨) الاحتواء[١] / ذات غير متطورة[٢]**

تورط عاطفي وارتباط انفعالي متزايد بشخص أو أكثر من ذوي الأهمية بالنسبة له ( غالبا ما يكونان الوالدين ) على حساب الاستقلالية الكاملة ، أو الارتقاء الاجتماعي السوي ، ودائما ما يتضمن ذلك الاعتقاد أنه لا يمكنه العيش أو الشعور بالسعادة دون تلقي دعم دائم من الآخرين، وقد يتضمن أيضا مشاعر أنه معرض لقمع أو احتواء الآخرين له ، أو أن هويته الشخصية لاتتسم بالكفاءة ، وغالبا ما يعاني ذلك باعتباره حالة من الخواء أو الفراغ وفقدان التوجه، يصل في المستوى المتطرف لإثارة الأسئلة حول وجوده من أساسه.

**٩) الفشل[٣]**

اعتقاد الشخص أنه فاشل، أو أنه على وشك الفشل، أو أن أداءه غير ملائم مقارنة بأقرانه في مجالات التحصيل ( في المدرسة ، أو العمل ، أو في النشاط الرياضي الخ) ، ودائما ما يتضمن ذلك اعتقاد الشخص أنه غبي أو أحمق أو غير موهوب أو جاهل ، أو منخفض المكانة، وأقل نجاحا من الآخرين، الخ.

**جـ) الفئة الثالثة: حدود قاصرة**

نقص في الحدود الداخلية، والمسئولية عن الآخرين ، أو التوجه نحو الأهداف البعيدة يؤدي إلى صعوبة تتعلق بحقوق الآخرين ، والتعاون معهم ، والوفاء بالالتزامات ، أو وضع أهداف شخصية واقعية والوفاء بها. وتتسم الخصائص الأسرية

---

(1) Enmeshment
(2) Undeveloped self
(3) Failure

النمطية بالتساهل والافراط فى التسامح، وفقدان التوجه أو إحساس بالتفوق– عوضا عن المواجهه الملائمة ، والخضوع للنظام ، وحدود تحمل المسئولية ، والتعاون بطريقة تبادلية ، ووضع الأهداف . وقد لايكون الطفل قد حفز ، فى بعض الحالات، على تحمل المستويات العادية من عدم الراحة ، أو قد لا يكون قد حصل على إشراف ملائم، وتوجيه أو إرشاد .

**١٠) التميز والعظمة[١]**

اعتقاد الشخص أنه متفوق أو متميز عن الآخرين ، له حقوقه ومزاياه الخاصة ، أو أنه غير خاضع للقواعد العامة التى تحكم التفاعلات الاجتماعية السوية . ودائما ما تتضمن إصرار الشخص على أنه يجب أن يكون قادرا على عمل ما يشاء أو الحصول على ما يرغبه، دون اعتبار لما هو واقعى، أو ما يعتقد الآخرون أنه معقول ، أو تكلفة ذلك بالنسبة للآخرين . أو هو تركيز مبالغ فيه على التميز ( مثال ذلك أن يكون واحدا من بين أكثر الناجحين ، أو المشاهير أو الأغنياء ، لكى يحقق القوة أو السيطرة (وليس لغرض جذب الانتباه أو الاعتراف الاجتماعى أساسا ) . وأحيانا ما يتضمن ذلك إسرافاً فى المنافسة مع الآخرين ، وتأكيد الشخص لقوته ، وفرض وجهة نظره الشخصية ، أو التحكم فى سلوك الآخرين فى اتجاه رغباته الشخصية ، دون اعتبار لاحتياجاتهم أو مشاعرهم .

**١١) قصور التحكم الذاتي[٢] / الانضباط[٣]**

صعوبة مقاومة أو رفض لممارسة الضبط الذاتى ، وتحمل الإحباط عند تحقيق الأهداف الشخصية ، أو فى كبح التعبيرات المبالغ فيها عن الانفعالات والدفعات حتى حدودها البسيطة، ويعرض المريض تأكيدا مبالغا فيه عن تجنب مشاعر عدم الراحة، وتجنب الألم، ومواجهة الصراع، وتحمل المسئولية، أو الإفراط فى الجهد– على حساب تحقيق الذات، والالتزام أو التكامل .

---

(1) Grandiosity
(2) Insufficient self- control
(3) Discipline

**د) توجيه الآخرين[1]**

تركيز زائد على رغبات ، ومشاعر واستجابات الآخرين، على حساب احتياجات المرء الشخصية ، بهدف كسب حبهم ودعمهم ، ومواصلة الإحساس بالارتباط بهم ، أو تجنب هجرهم . ودائما ما يتضمن ذلك قمع ونقص الوعى المتعلق بالغضب والرغبات الطبيعية . وتعتمد الأصول الأسرية النمطية لذلك على التقبل المشروط : على الأطفال أن يقمعوا خصائصهم المهمة لكى يحصلوا على الحب ، والاهتمام ، والدعم . وفى الكثير من هذه الأسر تكون احتياجات الوالدين ورغباتهما العاطفية – أو قبولهما ووضعهما الاجتماعى – ذات قيمة أكبر من الاحتياجات والمشاعر الفريدة الخاصة بكل طفل .

**١٢) الخضوع[2]**

استسلام متزايد للتحكم المبالغ فيه فى قراراته الشخصية وتفضيلاته، وعادة ما يكون ذلك لتجنب إغضاب الآخرين أو هجرانهم ، والنمطان الرئيسان للخضوع هما :

أ) الخضوع للاحتياجات : أى قمع الشخص لتفضيلاته، وقراراته، ورغباته .

ب) الخضوع الانفعالى : أى قمع الشخص للتعبيرات الانفعالية : الغضب على وجه الخصوص. ودائما ما يتضمن ذلك إدراك الشخص أن رغباته الشخصية، وآراءه، ومشاعره غير حقيقية أو غير مهمة بالنسبة للآخرين، وكثيرا ما يتم التعبير عنها فى صورة إفراط فى الخضوع الممزوج بالحساسية المفرطة للمشاعر المعاقة ، وعادة ما يؤدى ذلك إلى تراكم الغضب الذى يعبر عنه فى صورة أعراض غير توافقية، مثال ذلك : سلوك عدوانى سلبى، ثورات غضب خارجة عن التحكم ، أعراض نفسية بدنية ( سيكوسوماتية ) ، انسحاب وجدانى ، اتجاه نحو سوء استخدام العقاقير والمخدرات .

---

(1) Other Directedness
(2) Subjugation

١٣) التضحية بالذات[١]

تركيز مبالغ فيه على الوفاء باحتياجات الآخرين فى المواقف اليومية، على حساب المباهج الشخصية ، وغالبا ما يكون السبب وراء ذلك هو منع تعرض الآخرين للأذى، وتجنب الشعور بالذنب الناتج عن الشعور بالأنانية، أو للاحتفاظ بالصلات مع الأشخاص الذين يحتاجهم المرء ، ودائما ما يكون ذلك نتيجة لحساسية مفرطة لألام الآخرين ، وأحيانا ما يؤدى ذلك إلى إحساس الشخص بأن احتياجاته لاتعد ملائمة وتثير امتعاض أولئك الذين يوفرون له الرعاية ( وبما يتداخل مع مفهوم الاعتماد المشترك ) .

١٤) السعي للحصول علي الاستحسان / والاعتراف

تركيز مبالغ فيه على الحصول على الاستحسان ، والاعتراف، أو انتباه الآخرين أو الملاءمة ،على حساب تطوير حس حقيقى بالذات و بالأمن ، ويعتمد تقدير المرء لنفسه فى الأساس على ردود فعل الآخرين وليس على رغباته الشخصية ، وأحيانا ما يتضمن ذلك تركيزا مبالغا فيه على المكانة ، والقبول الاجتماعى أو المال أو الإنجاز –باعتبارها وسائل للحصول على التقدير والإعجاب أو الانتباه ( وليس للحصول أساسا على القوة أو النفوذ) ، وهو ما يؤدى غالبا إلى قرارات حياتية حاسمة غير مجدية أو غير مرضية ، أو إلى إفراط فى الاحساس بالرفض .

هـ) التيقظ المفرط[٢] والكف[٣]

تأكيد مفرط على كبت الشخص لدفعاته ومشاعره التلقائية، واختياراته ، أو مواجهة متصلبة للقواعد الداخلية والتوقعات حول الأداء والسلوك الأخلاقى – دائما ما يكون على حساب السعادة ، والتعبير الذاتى ، ومشاعر الاسترخاء ، والعلاقات الحميمة، أو الصحة . والأصول الأسرية النمطية لذلك هى التجهم والتطلب المستمر ، وتأكيد النمط التأديبى أحيانا : حول الأداء ، والواجب ، والكمال ، والالتزام بالقواعد ،

(1) Self-Sacrifice
(2) Overvigilance
(3) Inhibition

وإخفاء الانفعالات وتجنب الأخطاء ، وتغليبه على المتعة ، والبهجة والاسترخاء . ودائما ما يوجد تشاؤم مستتر، وهم – حول أن الأمور ستتدهور إذا ما فشل المرء فى أن يكون متيقظا وحريصا طوال الوقت .

**١٥) السلبية[١] / التشاؤم[٢]**

تركيز مقاوم على مدى العمر على الجوانب السلبية من الحياة ( الألم ، الموت ، الفقدان ، الإحباط ، الصراع ، الذنب ، الامتعاض ، المشكلات التى لم تحل ، الأخطاء المحتملة ، الخيانة ، الأشياء الخطأ التى قد تحدث ، الخ ) فى الوقت الذى يقل فيه أو تهمل الجوانب الإيجابية أو المتفائلة . ودائما ما يتضمن ذلك توقعات مبالغ فيها فى مجالات واسعة للعمل والأمور المالية أو مواقف التفاعل – حول أن الأمور ستنتهى بأخطاء خطيرة ، أو أن جوانب حياة الشخص التى يبدو أنها تسير بشكل جيد ستتمزق فى نهاية الأمر . ودائما ما يتضمن ذلك خوفاً متطرفاً من الوقوع فى الأخطاء التى قد تؤدى إلى انهيار مالى ، وخسارة ، ومهانة ، أو التعرض للسقوط فى موقف سيىء. ولأن النتائج السلبية المحتملة مبالغ فيها ، فغالبا ما يتسم هؤلاء المرضى بهمٍ مزمن ، وتيقظ، وشكوى مستمرة ، وحيرة وتردد .

**١٦) الكف الانفعالي[٣]**

كف مفرط للأفعال والسلوك ، والاتصالات التلقائية – دائما ما يكون بهدف تجنب عدم الحصول على دعم الآخرين ، ومشاعر الخزى أو الخوف من فقدان المرء القدرة على التحكم فى دفعاته الشخصية . وأكثر المجالات التى يشيع فيها الكف هى :

ا) كف الغضب والعدوان .

ب) كف الدفعات الإيجابية ( مثال ذلك البهجة ، والعاطفة ، والإثارة الجنسية ، واللعب ) .

---
(1) Negativity
(2) Pessimism
(3) Emotional Inhibition

جـ) صعوبة فى التعبير عن التلقائية أو التواصل حول المشاعر والاحتياجات بحرية ، الخ .

د) تأكيد متزايد على العقلانية دون اعتبار للعواطف .

**١٧) معايير قاسية[١] / وإفراط في النقد[٢]**

اعتقاد كامن حول أن المرء عليه أن يكافح للوفاء بأعلى المعايير الداخلية للسلوك والعمل ، ودائما ما يجب ذلك لتجنب النقد . ويؤدى ذلك بصورة نمطية إلى مشاعر بالضغوط أو صعوبة فى خفض الإيقاع أو الإبطاء وإلى إفراط فى نقد الشخص لنفسه وللآخرين . ويتضمن ذلك عجزاً جوهرياً فى الشعور بالسرور والاسترخاء ، والصحة ، وتقدير الذات ، والإحساس بالإنجاز ، أو العلاقات المشبعة .. وتظهر المعايير الكامنة نمطيا فى صورة :

أ) سعى للكمال ، اهتمام مفرط بالتفاصيل، أو تقييم منخفض لكيف أن أداء الأشخاص الجيدين يناسب المعايير.

ب) قواعد صارمة حول ما يجب فى مجالات حياتية متعددة ، بما فى ذلك معايير رفيعة غير واقعية حول الأخلاقيات ، والثقافة أو الاعتبارات العقائدية .

جـ) انشغال باعتبارات الوقت والكفاءة ، حيث يمكن تحقيق الكثير من الإنجاز .

**١٨) عقابية[٣]**

اعتقاد بضرورة أن يعاقب الناس بشدة على ارتكابهم للأخطاء . وتتضمن الميل لأن يكون المرء غاضبا ، غير متسامح ، معاقباً ، وغير صبور مع هؤلاء الناس ( بمن فيهم هو نفسه ) الذين لا يحققون توقعاته ومعاييره . ودائما ما يتضمن ذلك صعوبة فى غفران الأخطاء الشخصية للمرء وللآخرين نتيجة لمقاومة تقدير الظروف الملطفة للموقف ، التى تسمح بعدم الكمال الإنسانى أو التعاطف مع المشاعر .

---

(1) Unrelenting Standards
(2) Hypercriticalness
(3) Punitiveness

**العلاج المعرفي السلوكي**

ربما يكون من الأوفق القول إن هناك علاجات – وليس علاجا واحدا – معرفية سلوكية ، ذلك أن هناك مناحى متنوعة يطلق عليها جميعها اسم العلاج المعرفى السلوكى ، والقاسم المشترك بينها هو أنها تتفق فى المبادىء العامة لهذا المنحى ، والتى يمكن تلخيصها فى المبادىء الثلاثة الآتية :

١) الأنشطة المعرفية تؤثر فى السلوك .

٢) تقبل الأنشطة المعرفية المختلفة الملاحظة ، كما يمكن تغييرها .

٣) يمكن التوصل إلى التغيرات السلوكية المرغوبة نتيجة للتغيرات المعرفية التى يمكن تحقيقها (Kazdin,1978,p.4) .

وعلى هذا فإن تعبير التعديل المعرفى للسلوك يتضمن أساليب العلاج التى تسعى لتغيير السلوك الواضح والملاحظ من خلال تغيير الأفكار والتفسيرات والفروض واستراتيجيات الاستجابة التى يتبناها الفرد ، وهو ما يعنى أن التعديل المعرفى السلوكى والعلاج المعرفى السلوكى متطابقان أو مترادفان فى الفروض الأساسية التى يقومان عليها ، كما أنهما شديدا التشابه فى أساليبهما العلاجية (Dobson, & Dozois,2001,p.4) .

وربما يكون المجال الوحيد الذى يختلف فيه كل منهما عن الآخر هو النتائج التى يسعيان اليها ، فالتعديل المعرفى السلوكى ينحو إلى تعديل السلوك الملاحظ (Kazdin, 1978, Mahoney,1974) ، بينما تتركز بعض أهداف العلاج المعرفى الحديثة على تعديل البنية المعرفية فى ذاتها من منطلق أن التغير السلوكى سيتبع بالضرورة هذه التغيرات المعرفية، وهو ما نجده بوضوح فى العلاج العقلانى الانفعالى عند اليس (Dryden & Ellis, 2001, p.297) ، الذى يتضمن تعديل المعتقدات فقط، ولا يمتد فى هذه الحالة ليكون نوعا من التعديل المعرفى السلوكى وفقا لتعريف كازدين ، ومن هنا يمكن القول إن تعبير العلاج المعرفى السلوكى أشمل ويتسع فى إطاره كل من التعديل المعرفى والتعديل المعرفى السلوكى .

### أساليب العلاج المعرفية السلوكية

نتجه الآن بشكل مباشر نحو أساليب العلاج التى تلقى فى الوقت الراهن القدر الأكبر من القبول، لا نتيجة لوضوح مبادئها النظرية فحسب ، بل نتيجة لاختبارات نتائج العلاج التى توصلت إليها الكثير من البحوث الإكلينيكية فى هذا المجال ، ونقصد بها العلاج السلوكى (١) والعلاج المعرفى(٢) والعلاج المعرفى السلوكى (٣) ، والمنحى الأخير هو الذى يمزج بين المنحيين السابقين فى توليفة متماسكة ومتكاملة .

وقد يكون المدخل المناسب لهذا التناول هو التعرف على مشكلة حدود المجال وجوانبه من خلال رؤية لازاروس Lazarus التى يوضح من خلالها البنية السيكلوجية التى يتوجه نحوها العلاج ، فهو يرى أننا كائنات حية ( بمثابة كينونات فسيولوجية عصبية بيولوجية كيميائية ) :

١- تسلك (بشكل معين) .
٢- وتشعر ( خبرة الاستجابات الوجدانية ) .
٣- وتحس (أى تستجيب للمنبهات الحسية المختلفة من خلال الحواس المختلفة ) .
٤- وتتخيل ( أى تستحضر فى الذهن صورا للاحساسات المختلفة ) .
٥- وتفكر (أى لديها معتقدات وآراء وقيم واتجاهات ) .
٦ - وتتفاعل مع الآخرين ( أى تستمتع وتتحمل أو تعانى كثيراً من العلاقات الشخصية ) بالإضافة إلى نقطة أخيرة وهى
٧- تأثرها بالعقاقير التى تعد جزءا من حياة هذه الكائنات الحية .

من هذه المكونات السبع(السلوك(٤) ، والوجدان(٥) ، والإحساس(٦) ، والخيال(٧) ، والمعرفة(٨) ، والتفاعل(٩) ، والعقاقير(١٠) أو التأثيرات البيولوجية )

(1) Behavior Therapy
(2) Cognitive Therapy
(3) Cognitive Behavior Therapy
(4) Behavior
(5) Affect
(6) Sensation
(7) Imagery
(8) Cognition
(9) Interpersonal
(10) Drugs

يتشكل النموذج الذى يسمح بالتدخلات العلاجية لإعادة التوازن للكائن الحى ، وهو النموذج الذى يطلق عليه الحروف الأولى من هذه المكونات السبع (BASIC I.D.) .

وعلى ذلك يتعين أن يتجه العلاج الفعال كما يراه لازاروس إلى فهم جيد وتعامل يتسم بالكفاءة مع الآتى :

١) المشاعر أو ردود الأفعال المتعارضة أو غير المتوازنة.

٢) السلوك غير التوافقى .

٣) مظاهر الاختلالات ( فى مجال المعتقدات على وجه الخصوص) .

٤) نقص المعلومات ( مثال ذلك آفات المهارات ، والجهل ، والسذاجة ) .

٥) الضغوط والمطالب التفاعلية .

٦) الاختلالات البيولوجية .

٧) الضغوط الخارجية التى تقع خارج شبكة العلاقات التفاعلية الشخصية (مثال ذلك الظروف المعيشية الفقيرة ، والبيئة غير الآمنة ) .

٨) الخبرات الصادمة ( مثال ذلك الانتهاك الجنسى ، أو الإهمال الجسيم فى الطفولة ) (Lazarus,1997,p.9) .

وغالبا ما يكون لجوء المرء لطلب العلاج النفسى ناتجا عن معاناته من بعض أو كل الأبعاد الخمسة الأولى من هذه المجموعة . من هنا يمكن النظر إلى العلاج النفسى بإعتباره يهدف إلى التغلب – أو تحقيق تحسن جوهرى – على أنماط السلوك المتعلمة والعادات غير السوية متكررة الظهور المتمكنة التى تحول دون توافقه .

توضح أمثلة من بعض الأساليب السلوكية الأساسية فلسفة العلاج السلوكى ، والذى تستخدم فيه الآن أساليب متنوعة تهدف جميعها إلى التعامل مع الاضطرابات من منطلق نظرية التعلم .

ويبدأ العلاج السلوكى – كما ذكرنا – من مسلمة أساسية، هى أن السلوك – سواء كان توافقيا سويا ، أو غير سوى وغير توافقى – هو سلوك متعلم. وعلى هذا يمكن

النظر إلى تعريف العلاج السلوكى باعتباره استخدام المبادىء والنماذج التجريبية المختبرة فى مجال التعلم للتغلب على العادات غير التوافقية (Wolpe,1985,p.1).

والتعلم وفقا لبافلوف يتم من خلال عملية تشريط تربط بين المنبه والاستجابة ، وحتى النشاط العصبى فى أعلى مستوياته يتضمن تتابعا بين المنبهات والاستجابات ، والمنبه يستثير استجابة ، والاستجابة المستثارة تتضمن خصائص تعمل بوصفها منبها لاستجابات تالية لها ، والاتساق فى العلاقة بين منبه واستجابة هو مايشكل ما يطلق عليه اسم العادات ، غير أن هناك عاملاً إضافياً يقوم بالربط بين المنبهات والاستجابات المختلفة ويؤدى إلى تكرارها بصورة مستقرة ، هذا العامل هو التدعيم أو التعزيز[١] .

**التدعيم**

التدعيم هو العملية التى يتم من خلالها اكتساب استجابات جديدة ، وتقوية الاستجابات الموجودة (Wolpe,1985,p.15)وعلى مدى الحياة تنشأ صلات أو ارتباطات بين المنبهات المختلفة واستجابات تالية عليها ، وعندما يتم تدعيم استجابة معينة بواسطة نوع من المكافآت فإن هذه المكافأة تلعب دور المدعم الذى يؤدى إلى تكرار الاستجابة بتكرار حدوث المنبه . والواقع أن هذا النموذج الذى نجده فى التشريط التقليدى لبافلوف لا يختلف كثيرا عما يحدث فى حالات التشريط الفعال[٢] لسكينر Skinner .فالكثير من ظواهر التشريط التقليدى والتشريط الفعال مفيدة فى تقييم المصادر المفترضة للعوامل التى تفسر هذا المدى المتنوع من الأنشطة الإنسانية المستقرة، وبصيغة أخرى فإن التشريط التقليدى يبدو بمثابة أكثر التفسيرات المقبولة التى توضح لماذا ينفر شخص ما من شىء معين كعصير البرتقال مثلا ، وذلك عندما نكتشف أن هذا الشخص تعرض لموقف تقزز فيه ( مدعم سلبى) من مذاق عصير البرتقال عندما أضافته أمه لدواء مر المذاق ، كما يكون التشريط الفعال تفسيرا ملائما لموقف طفل يشكو من صداع دائم بينما لا يجد الطبيب سببا واضحا عضويا لهذا

---

(1) Reinforcement
(2) Operant Conditioning

الصداع، عندما نعلم أن لهذا الطفل والدين يبديان قلقهما عليه ويدللانه (مدعم إيجابى )عندما يشعرهما بأنه معتل أو مريض (Lazarus,1997,p.38) . ويكتسب الارتباط بين المنبه والاستجابة قوته من عمليات التدعيم المستمرة للعلاقة بين المنبه والاستجابة والتى توضح أن هناك ربطاً مستقراً ( ومتعلماً ) بينهما ، سواء كان المدعم سابقا أو مصاحبا للمنبه ، أو كان تاليا لحدوث السلوك .

**كف السلوك**[١]

إذن فالتعلم هو الآلية التى يتم من خلالها اكتساب السلوك ، سواء كان هذا السلوك توافقيا أو غير توافقى . وبينما يقوم التدعيم بتيسير اكتساب أنماط سلوكية جديدة ، فإن إلغاء التعلم يعد آلية مناسبة للتخلص من السلوكيات غير التوافقية أو المرفوضة ، ويمكن الغاء التعلم من خلال التوقف عن دعم مترتبات السلوك ، وهو ما ينتهى إلى إضعاف متزايد لاعتياد الاستجابة للمنبه ، الأمر الذى يلاحظ فى تجارب التشريط لدى بافلوف، فالسلوك الذى كان يحدث استجابه لصوت الجرس أى تقديم الطعام كمدعم استمر فى الضعف وانطفأ نتيجة لتوقف المدعم أى حدث انطفاء[٢] للسلوك. ويذكر وولبه أن هناك دلائل على تدخل عمليتين مستقلتين فى الإطفاء التجريبى للسلوك: الأولى هى آلية استجابة التعب المرتبطة بالكف التى أشار إليها هل Hullوالتى يعتقد ولبه أنها إمكانية عصبية فسيولوجية[٣] محتملة . والثانية والتى يحتمل أن تكون أكثر فعالية هى تنافس الاستجابة[٤] أى استجابات الإحباط التى تتنافس مع الاستجابة الشرطية وتكفها (Wolpe,1985,p.17)، وهو ما ينتهى إلى كف السلوك غير المرغوب أو غير التوافقى ، وبما يسمح فى حالات كثيرة بإعادة تعلم سلوك توافقى جديد .

---

(1) Inhibition
(2) Extinction
(3) Neurophysiological mechanism
(4) Response Competition

**التعرض[١]**

طور ماركس (Marks,1976,1981,1982) هذا الأسلوب فى الستينات من القرن الماضى بوصفه أسلوباً علاجياً يهدف إلى خفض القلق ، وإن كانت له جذوره المبكرة فى التجارب المعملية عند ولبة حوالى منتصف القرن الماضى (Wolpe,1985,p.134) . و يتجه العلاج فى هذا الأسلوب إلى تنمية اعتياد المريض على المنبة الشرطى المثير للقلق نتيجة للتعرض المستمر أو التدريجى له ، وإذا وضعنا فى الاعتبار حقيقة أن كل العمليات العلاجية القائمة على التشريط التقليدى ، سواء كانت بهدف تشكيل سلوك شرطى أو إزالة استجابة شرطية تتضمن– فى واقع الأمر– تعرضا للمنبه الشرطى ، يمكن القول إن التعرض لا يعد أمرا جديدا أو أسلوبا جديدا فى هذه الحالة ، فهو بمثابة مبدأ قائم فى أساليب العلاج السلوكية المختلفة، وقد لاحظ ماركس أن التعرض فى ذاته قد لا يكون هو الميكانيزم العلاجى ، بل إن خبرة التسكين[٢] الناتجة عن هذا التعرض هى التى تؤدى إلى خفض القلق (Wolpe,1985,pp.52-53) ، ويساعد الاسترخاء العضلى [٣] وهو خبرة فسيولوجية يدرب عليها المريض من خلال برنامج نظامى إلى كف القلق، ومن ثم يؤدى التعرض التالى لمنبهات ضعيفة فى إثارتها للقلق لعدد قليل من الثوانى لانخفاض ملحوظ فى مقدار القلق، وبتكرار التعرض يفقد المنبه تدريجيا قدرته على إثارة القلق ، يلى ذلك تقديم المنبهات الأقوى فى إثارتها للقلق مع تكرار الخطوات نفسها .

**التعرض ومنع الاستجابة[٤]**

أسلوب آخر من أساليب العلاج السلوكى هو التعرض ومنع الاستجابة ، وهو أسلوب سلوكى يعتمد على ميكانيزمات التعلم – ويقصد به تعرضا ممتدا للمنبه الذى يستثير أعراض الاضطراب ( الأفعال القهرية فى اضطراب الوسواس القهرى على سبيل المثال ) ، فى الوقت الذى يتم فيه منع قيام المريض بالطقوس القهرية التى يتسم

---

(1) Exposure
(2) Desensitization
(3) Muscle Relaxation
(4) Response prevention

بها هذا الاضطراب أثناء تعرضه للمنبه. ويمتد منع قيام المريض بالسلوك القهرى حتى بعد نهاية فترة التعرض لفترة من الزمن ، وهو أسلوب يؤدى فى المعتاد إلى تحسن كبير لنسبة تتراوح بين ٦٠٪ إلى ٧٠٪ من المرضى بعد فترة علاج قصيرة (Baer,Minichiello,1998,p.338). وتحدث تغيرات ضخمة فى الطقوس السلوكية فى هذه الحالات مثل ذلك طقوس الاغتسال القهرى أو المراجعة القهرية ، وهى ما يتعارض مع مفاهيم العلاج النفسى ( غير السلوكية ) التى ترى أن التغير يحدث أساسا فى الأفكار الوسواسية ، وحيث لا يلاحظ إلا قدر محدود من التغير فى الطقوس الوسواسية ، ويعكس هذا الفرق بين المنظورين قيمة التأثيرات النوعية التى يحدثها العلاج السلوكى حيث يعد السلوك هو الهدف المباشر للعلاج . والواقع أن استخدام الأساليب السلوكية فى علاج الوسواس القهرى لا يعد جديدا تماما ، فقد قدم بيير جانيه Janetعالم الأعصاب الفرنسى وصفا دقيقا للغاية لما يعرف الآن باسم أسلوب التعرض ومنع الاستجابة، وذلك منذ أكثر من قرن مضى ، بل إنه استخدم الاسم نفسه لهذا العلاج (Loc cit.,).

**التسكين**(١)

يستخدم هذا الأسلوب أساسا فى علاج المخاوف المرضية(٢) المختلفة ، وهى المخاوف التى لا يوجد سبب حقيقى لها أو التى لاتتضمن خطرا أو تهديدا خارجيا واضحا ، ومن الضرورى التفرقة بين الخوف(٣) والمخاوف المرضية. فالمخاوف المرضية مشاعر غير عقلانية وغير مبررة، وعندما يخاف الشخص من أشياء لاتمثل خطورة ويبدأ فى الشعور بعدم الراحة نحوها وتجنبها يصبح هذا هو الخوف المرضى. ويفرق ماركس (Marks,1969,p.3) بين الخوف والمخاوف المرضية، فالمخاوف المرضية فئة فرعية من الخوف تتسم بالآتى :

١) أنها لا تتناسب مع متطلبات الموقف الذى تحدث فيه .

(1) Systematic Desensitization
(2) Phobia
(3) Fear

٢) لا يمكن تفسيرها أو تقديم تبرير لها.

٣) أنها خارج التحكم الإرادى للشخص .

٤) تؤدى إلى تجنب المواقف المثيرة للخوف .

وتتنوع المخاوف المرضية وتحمل مسميات مختلفة يوضحها الجدول الآتى :

| نوع الخوف ( خوف من ...) | المسمى الإصطلاحى |
|---|---|
| المرتفعات | Acrophobia |
| الأماكن المفتوحة | Agoraphobia |
| الأشياء الحادة والمدببة | Aichmophobia |
| النزول فى الماء | Aquaphobia |
| الأماكن المغلقة | Claustrophobia |
| الجراثيم | Mikrophobia |
| الترك وحيدا | Menophobia |
| الظلام | Nyctophobia |
| التجمعات | Ochlophobia |
| النيران | Pyrophobia |
| الموت | Tanatophobia |
| الغرباء | Xenophobia |
| الحيوانات | Zoophobia |

(Morris, 1988, p.147)

وقد طور ولبة Wolpe فى بداية الخمسينيات من القرن الماضى أسلوب

التسكين المنظم لعلاج المخاوف المرضية . والفروض الأساسية التى تقف خلف هذا الأسلوب هى أن استجابة الخوف هى فى حقيقة الأمر استجابة متعلمة أو شرطية، وبالتالى يمكن كفها من خلال إحلال نشاط يتعارض معها . والاستجابات الأكثر قابلية للكف نتيجة لاستخدام التسكين هى استجابة القلق المصاحبة للخوف ، بحيث تحل استجابة الاسترخاء[١] بديلا عنها، وقد يعانى أحد الأشخاص مخاوف الأماكن المغلقة ، ويشعر بقلق شديد وعدم راحة عندما يكون فى مكان مغلق كالمصعد مثلا. ويرى ولبة أنه يصعب إطفاء استجابات القلق هذه فى حالة المخاوف، وربما يعود ذلك إلى شدتها حيث لم يؤد كل من التعرض الممتد أو تكرار التعرض للمنبة المثير للخوف إلى كفها لدى حيوانات التجارب (Wolpe,1985,p.134). ويمكن فى هذه الحالة استخدام أساليب التسكين ، ويبدأ الأمر بتدريبات الاسترخاء التى تمكن المريض من الوصول إلى السكينة فى هذا الموقف، ثم إحداث تشريط عكسى[٢] لخوفه من الموقف المثير لمخاوفه. وتتم عملية التسكين من خلال تعريض الشخص وفق خطوات صغيرة ومتتابعة للموقف المثير للخوف، وذلك أثناء قيامه بالنشاط المتعارض مع القلق الذى يثيره الموقف ، ويمكن القيام بالتعرض التجريدى فى الموقف الواقعى أو الحى[٣] ، كما يمكن إجراؤه تخيليا حيث يطلب من المريض تخيل وجوده فى المواقف المختلفة التى تثير خوفه. ويطلق ولبة على المبدأ الذى يقف خلف آلية التسكين اسم الكف المتبادل [٤] ، ويصف هذه العملية بالآتى : إذا أمكن كف استجابة قلق خلال حدوث المنبه المثير للقلق فإنه سيؤدى إلى إضعاف الرابطة بين هذه المنبهات واستجابات القلق . وما إن تؤدى المنبهات المثيرة للقلق إلى إحداث أقل قدر منه حتى يمكن تقديم منبهات أكثر إثارة للقلق للشخص الذى وصل إلى الاسترخاء الكامل، وهنا سيلاحظ أن القدر من القلق الذى تحدثه هذه المنبهات سيكون ضئيلا للغاية مقارنة بما كانت تحدثه من قبل (Op cit.,). وقد توصل ولبة وفلود (Wolpe&Flood,1970) فى دراسات تالية إلى أن انخفاض استجابات الخوف دائما ما يحدث أيضا، حتى إذا

(1) Relaxation
(2) Counterconditioning
(3) In vivo
(4) Reciprocal Inhibition

قدمت المنبهات القوية من البداية . والقيمة الجوهرية فى هذا العلاج هى تعميم السلوك الناجح فى المواقف الواقعية والذى ينمى من الأساليب التوافقية التى يسعى العلاج إلى تحقيقها من خلال الإجراءات المختلفة .

**أهداف العلاج المعرفى السلوكى**

يهدف العلاج المعرفى السلوكى إلى تغيير أفكار وتفسيرات المريض غير الواقعية والمشوهة لأحداث الحياة، وإحلال أفكار أخرى واقعية وتوافقية وتقييمات إيجابية للأحداث .وهذه الفروض والتفسيرات المشوهة هى الناتج الحقيقى للمخططات المبكرة التى تشكلت خلال مراحل التنشئة. ويقوم العلاج المعرفى على منحى مشترك نفسى تعليمى يتضمن تصميما لخبرات تعلم نوعية؛ بهدف تعليم المريض مهارات جديدة تتحدى هذه المخططات وتصححها، من ذلك :

١) مراقبة أفكاره الآلية[1] .

٢) التعرف على العلاقة بين المكونات المعرفية والانفعالية والسلوكية .

٣) اختبار صحة الاختبار الآلية .

٤) إحلال أفكار واقعية بدلا من الأفكار المشوهة.

٥) تحديد وتغيير الأفكار ، والفروض ، أو المخططات التى تهيىء المريض للانخراط فى أنماط التفكير الخاطىء (Kendakk&Bems,1983,p.575).

ويقوم المعالج باستخدام مجموعة من الفنيات العلاجية التى تتضمن تحدى الأفكار الآلية، وتمكين المريض من اختبار أفكاره، وبحث احتمالات صحتها أو احتمالات حدوث الأفكار الكارثية التى تقود تفكيره التشاؤمى أو الكارثى، واستخدام شواهد إيجابية من حياته الشخصية ، ويتعين أن يتميز المعالج المعرفى السلوكى بالقدرة على إدارة الحوار بالأسلوب السقراطى الذى ينحو نحو توليد أفكار جديدة من المريض ومساعدته على القيام بالاستنباطات العقلانية ، كما يجب أن يكون على خبرة كافية وقدرة على ابتكار مهام وواجبات سلوكية تساند تطور تحسن المريض .

---

(1) Automatic Thoughts

## فنيات العلاجات المعرفية السلوكية

تتضمن العلاجات المعرفية السلوكية عددا من الفنيات التى تحقق أهدافا علاجية مختلفة ، ويستطيع المعالج اللجوء الى أى منها حسب حالة المريض والأهداف المتوقعة من العلاج ، كما يمكنه استخدامها جميعا إذا ما تطلب الأمر ، ومن بين الفنيات المهمة الآتى : أساليب إعادة تشكيل البنية المعرفية [١] ، واستراتيجيات حل المشكلات[٢] ، ومهارات التغلب[٣] .

## إعادة التشكيل المعرفي

يشار أحيانا إلى إعادة التشكيل المعرفى بإعادة التشكيل العقلانى النظامى[٤] ، ويعود هذا المصطلح إلى جولدفرايد وزملاؤه (Goldfried et al.,1974) الذى استعاره من أعمال دولارد وميلر Dollard and Miller فى الخمسينيات من القرن الماضى ، ويرى جولدفرايد أن خبرات التعلم الاجتماعى المبكرة تعلم الفرد إطلاق مسميات معينة على المواقف بطرق مختلفة ، وبالتالى فإن ردود الفعل الانفعالية لهذه المواقف قد يمكن فهمها باعتبارها استجابة للطريقة التى يسمى بها الفرد الموقف ، بعكس الاستجابة للموقف فى ذاته ، ويصبح المدى الذى يميز فيه الفرد بطريقة غير ملائمة مؤشرات المواقف الاجتماعية باعتبارها مصدر تهديد شخصى هو الذى يحدد استجاباته السلوكية والانفعالية غير التوافقية ، ويفترض جولد فرايد أن الفرد يمكن أن يكتسب مهارات تغلب أكثر فعالية من خلال تعلم كيفية تعديل النظم المعرفية غير التوافقية التى ترتبط آليا باستجاباته عندما يواجه مواقف مثيرة للقلق . وبالتالى فإن الهدف من إعادة التشكيل العقلانى هو تدريب العميل على إدراك المؤشرات الموقفية بطريقة أكثر صحة ، ومن ثم يمكن تقسيم خطوات تطبيق إعادة التشكيل العقلانى إلى خمس مراحل :

---

(1) Cognitive Restructuring Methods
(2) Problem Solving Therapy
(3) Coping skills Therapy
(4) Systematic Rational Restructuring (SRR)

١) التعرض للمواقف المثيرة للقلق باستخدام تعرض تخيلى[١] أو من خلال لعب الأدوار[٢] .

٢) القيام بتقييم ذاتى لمستوى القلق .

٣) مراقبة مصاحبات إثارة القلق فى الموقف .

٤) تقييم عقلانى لهذه الأفكار غير التوافقية .

٥) ملاحظة الشخص لمستوى قلقه الذاتى التالى لإعادة التقييم العقلانى .

وتتضمن الأساليب المستخدمة فى الموقف العلاجى البروفات السلوكية[٣] والتكليفات الحية[٤] والنمذجة[٥] وأساليب الاسترخاء التى يمكن التوصل اليها من خلال التدريب على التسكين المنظم، والذى يعمل من منظور جولدفرايد بمثابة برنامج شامل لتنمية مهارات التغلب، وحيث يؤكد فيه على أربعة مكونات هى :

١) وصف منطق العلاج باعتباره تدريبا على المهارات .

٢) استخدام الاسترخاء بوصفه استراتيجية تغلب عامة أو متعددة الأهداف .

٣) استخدام سياقات متدرجة متعددة .

٤) التدريب على استخدام الاسترخاء فى كل المواقف التى تستثير القلق. .(Goldfried, 1979)

والهدف النهائى من منحى إعادة التشكيل المعرفى بوصفه منحى لمهارات التغلب هو تزويد المريض بالمصادر الشخصية والمهارات اللازمة لكى يتغلب بصورة مستقلة على مصادر الكدر الحياتية المستقبلية (Dobson&Dozois,2001) .

### حل المشكلات

يقصد بحل المشكلات عملية معرفية تتيح تنوعا من بدائل الاستجابة للتغلب على مشكلة موقفية ، تؤدى لزيادة احتمال اختيار أكثر الاستجابات المتاحة فعالية

(1) Imaginal Presentation
(2) Role Play
(3) Behavioral Rehearsal
(4) In vivo Assignments
(5) Modeling

(D'Zurilla & Goldfried,1971)، ويحدد ديزوريلا وجولد فرايد خمس مراحل متداخلة لعمليات حل المشكلات، تتلخص في الآتي :

١) توجه عام أو توجه عقلي نحو المشكلة .

٢) تعريف وصياغة المشكلة .

٣) توليد بدائل الحلول .

٤) اتخاذ قرار حول أي البدائل تختار .

٥) التحقق من القرار أو الحل .

ويتضمن التدريب على حل المشكلات تعليم العميل هذه المهارات الأساسية وتوجيه تطبيقاته لها في المواقف الواقعية . ومن الواضح أن هذه الأساليب تأخذ شكل التفكير الإبداعي الذي يعتمد على التدريب على المرونة، وتنمية القدرة على استكشاف البدائل المختلفة والحلول المتنوعة للموقف الواحد ، ويذكر ديزوريلا ونيزو (D'Zurilla&Nezu,2001) أن أي نظرية في حل المشكلات الاجتماعية يتعين أن تحدد بوضوح ثلاثة مفاهيم رئيسة هي الآتي :

١) عملية حل المشكلة : ويمكن تحديد هذا المفهوم باعتباره العمليات المعرفية الموجهه ذاتيا، والتي يحاول الفرد من خلالها تحديد أو اكتشاف الحلول التوافقية الفعالة لمشكلات نوعية من تلك التي يواجهها في حياته اليومية ، وحيث يتضمن هذا التعريف كون حل المشكلات جهداً واعياً وعقلانياً ونشاطاً غرضياً .

٢) المشكلة ، أو الموقف المشكل: وقصد بها تعرف أي موقف حياتي أو مهام حالية أو متوقعة تتطلب استجابة توافقية ، في الوقت الذي لا تكون فيه أية استجابة فورية فعالة واضحة أو متاحة في الموقف بالنسبة للشخص ، نتيجة لضغوط بعض المعوقات ، وقد تنشأ متطلبات الموقف المشكل من الموقف أو البيئة أو من داخل الشخص .

٣) الحل : هو استجابة تغلب في موقف نوعي أو هو نمط استجابة ( معرفي أو سلوكي أو معرفي سلوكي ) يكون نتاجا لعمليات حل المشكلات عندما تطبق على

مـشكلات مـوقـفـيـة مـعـينة . والحل الفـعـال هو ذلك الحل الذى يحـقق أهداف حل المشكلات، أى يغير الموقف أو يغير من استجابات الشخص الانفعالية له بحيث لا يستمر فى النظر إلى الموقف باعتباره موقفاً مشكلاً . (D'Zurilla & Nezu,2001)

ولا يسهل حصر أساليب العلاج المعرفية السلوكية التى يتعين أن يقوم المعالج بدراستها والتدريب عليها ، وتبتكر باستمرار أساليب جديدة فيها، وهو الأمر الذى يشير إلى خصوبة كبيرة فى هذا المنحى العلاجى .

# الفصل العاشر

# المعايير الأخلاقية للممارسة الإكلينيكية

## المعايير الأخلاقية للممارسة الإكلينيكية

يتضمن الإطار الاجتماعى لكل مهنة قواعد عامة للممارسة يلتزم بها ممارسوها، وتحكم سلوكهم وعلاقاتهم بطالبى خدماتهم المهنية ، وعادة ما يطلق على مجموعة المبادىء والقيم هذه اصطلاح المعايير الأخلاقية(١) أو دستور السلوك(٢) .

وتتجه هذه المعايير نحو توفير حماية ثلاثية الأبعاد ، تساعد على نمو التخصص وترسيخ تقاليد المهنة ، وإضفاء الاحترام والمصداقية عليها وعلى ممارسيها. فهى تسعى – من ناحية – إلى تقديم التخصص للمجتمع بالصورة الصحيحة التى تلقى الاحترام والتقدير والثقة ، مؤكدة الجدارة الأصيلة التى يتمتع بها هذا التخصص . وهى –من ناحية ثانية –تسعى لتوفير الضمانات الكاملة والحماية التامة لطالبى الخدمة فى وجه أية ممارسة فردية قد تنحرف عن هذه المعايير ، أو تمثل استغلالا أو انتهاكا لها من أى نوع أو درجة قد تصيب الأفراد الذين يلجئون لها طلبا للعون . وهى من ناحية ثالثة –توفر القواعد الأخلاقية العامة ومؤشرات الصواب والخطأ التى يتعين على الممارس أن يلتزم

(1) Ethical Code
(2) Ethical Code of Conduct

بها حتى لا يتعرض للمخاطر ، أو يعرض سمعته وسمعة مهنته للأذى وحتى يستطيع التعرف على السلوك السليم المفترض فى المواقف الشائكة ، أو المواقف غير واضحة المعالم التى يمكن أن يصادفها ، وهو ما يمثل فى الواقع حماية حقيقية للممارس فى مواجهة أية شكاوى ضد ممارساته ، وما قد تتضمنه هذه الممارسات أحيانا من أساليب قد لاتكون واضحة الدلالة ، أو مثار لبس حول أخلاقياتها بين الجمهور العام ، أو بين بعض التقليديين أو المتزمتين فى بعض المجتمعات .

لكل هذا يصبح من الأمور الضرورية شديدة الأهمية أن يدرس الأخصائى النفسى الإكلينيكى هذه المعايير الأخلاقية للمهنة والاعتبارات التى تحكمها ، وبعض الأمثلة التطبيقية ، أو القضايا الواقعية التى امتحنت فيها هذه المعايير الأخلاقية .

**من يصدر المواثيق الأخلاقية ؟**

عادة ما تصدر المواثيق الخاصة بهذه المعايير المهنية الأخلاقية عن المؤسسات والهيئات المهنية التى تضم أهل التخصص ، وهى تتضمن فى أحيان كثيرة نصوصا أكثر تشددا من القوانين المدنية والجنائية التى يمكن أن يتعرض لها الممارس فى أية قضايا تتعلق بممارساته ، يضاف الى ذلك أن المحاكم والهيئات القانونية فى المجتمع التى تفصل فى هذا النوع من المنازعات تعتبر نصوص المواثيق المهنية بمثابة المرشد الأخلاقى للسلوك ، بحيث تعتبر السلوك انتهاكا إذا ما اعتبره الدستور الأخلاقى للمهنة انتهاكا ، ولا تجرم السلوك موضوع المساءلة، إذا ما تبين لها أن الدستور الأخلاقى للمهنة يبيحه ويسمح به .

ورغم أن ممارسة مهنة – أو مهن – علم النفس من الأمور الشائعة الآن فى الكثير من المجتمعات ، إلا أن بعض المجتمعات التى تخلو من منظمات مهنية قوية أو ذات توجه مهنى واضح مازالت تخلو من مثل هذه المعايير التى يضعها المهنيون بأنفسهم لتحدد تقاليد وأخلاقيات مهنتهم . وفى مثل هذه الحالات يستعان بالمعايير الأخلاقية التى وضعتها منظمات مهنية أخرى فى بلاد خارجية للاسترشاد بها ، والعمل وفقا لها ، الى أن يحين الوقت لصدور معايير أخلاقية محلية ، من منظور أن الممارسة المهنية لاتختلف فى إطارها العام من بلد الى آخر ، أو من مجتمع الى آخر ، وأن الصواب هو الصواب ، ولايختلف فى أغلب الحضارات القائمة الآن . ومع ذلك

يتعين ملاحظة أن فكرة المعايير الأخلاقية من الأفكار شديدة الصلة والتعلق بالخصائص الحضارية النوعية فى كل مجتمع ، وهو أمر يترتب عليه استخلاص حدود أكثر تشددا – فى بعض الأحيان – من الحدود العامة السائدة ، فى المجتمعات الغربية على سبيل المثال ، وقد يكون الميثاق الأخلاقى الأول الذى يمكن الإشارة اليه فى هذا السياق هو قسم أبوقراط ، والذى يوضح حدود عدد من أشكال الممارسة المهنية، وإن كان بوب (Pope,1994) يرجع مبدأ عدم تورط المعالج مع المريض جنسيا – على سبيل المثال – الى فترة أبعد من أبوقراط .

وقد ظهرت المواثيق الأخلاقية الحديثة فى ميدان التخصص النفسى فى الخمسينيات من القرن العشرين ، وذلك عندما أصدرت جمعية علم النفس الأمريكية الميثاق الأول عام ١٩٥٣ باسم معايير السلوك الأخلاقى للأخصائيين النفسيين[١]، ثم نشرت فى عام ١٩٦٣ صورة أحدث للمعايير الأخلاقية للأخصائيين النفسيين[٢] ، تلتها صورة أخرى عام ١٩٦٨ للميثاق ، تبعها تعديل آخر صدر عام ١٩٧٧ ، وآخر عام ١٩٧٩ ، ثم نشرت المبادىء الأخلاقية ومعايير السلوك[٣] فى عام ١٩٨١ ، وهناك تعديل تال تم فى ٢ يونيو ١٩٨٩ ونشر فى عام ١٩٩٠ (Koocher et al .,1998, p.416) ، واقتبس مجلس الممثلين فى جمعية علم النفس الأمريكية فى اجتماعه خلال الفترة من ١٣ إلى ١٦ أغسطس عام ١٩٩٢ صورة أصبحت نافذة اعتبارا من أول ديسمبر عام ١٩٩٢ . لى أن صدرت الصورة الأخيرة فى أكتوبر عام ٢٠٠٢ باسم المبادىء الأخلاقية للأخصائيين النفسيين ومعايير السلوك[٤]، وبدأ العمل بها اعتبارا من أول يونيو ٢٠٠٣ (APA,2002)وهى الصورة الأخيرة التى نرجع اليها فى هذا الجزء وتعكس هذه الإصدارات والتعديلات المتتابعة حقيقتين أساسيتين :

**الأولى** : ذلك الاهتمام الأصيل بقضايا المعايير والأخلاقيات فى الممارسة المهنية ، وأهمية هذه القضايا .

**الثانية** : التطور فى النظر إلى قضايا الممارسة فى المجتمع من خلال ظهور

(1) Standards of ethical behavior for psychologists
(2) Ethical principles of psychologists
(3) Standards of ethical behavior for psychologists
(4) Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct

ممارسات ، أو حالات تتطلب إضافة أو تعديل بعض النصوص لتواكب الاحتياجات الاجتماعية من ناحية ، ولتغطى جوانب جديدة ، أو لتستجيب الى الاعتبارات القانونية والقضائية التى حددت مشروعية أو عدم مشروعية بعض الممارسات .

**الميثاق الأخلاقي الأمريكي**

يعد الميثاق الأخلاقى لجمعية علم النفس الأمريكية الأشمل بين المواثيق الأخلاقية التى صدرت عن جمعيات أخرى مماثلة ، كما كان مصدرا أساسيا للميثاق الأخلاقى المصرى الذى صدر عام ١٩٩٥ والذى صدرت له صورة أحدث فى نوفمبر ٢٠٠٧ من خلال رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية *( رانم ) ويبدأ الميثاق من مجموعة من المبادىء العامة أو القيم العليا التى يسعى الأخصائى النفسى للالتزام بها ، ويستهل الميثاق بتأكيد أن هذه المبادىء الأخلاقية ومعايير السلوك تنطبق على الأخصائيين النفسيين فى مجال ممارستهم لأدوارهم المهنية فقط .

وتنقسم هذه الوثيقة المهمة إلى مقدمة وخمسة مبادىء أساسية تتعلق بالمنحى الخير فى السلوك والممارسة ، وبناء العلاقات على الثقة والمسئولية والتكامل والعدالة واحترام حقوق الناس وكرامتهم ، يلى ذلك عشرة أقسام رئيسة تتناول المجالات المختلفة للممارسة المهنية هى الآتى :

١) **المعايير الأخلاقية** ، ويتضمن حل القضايا الأخلاقية ، وسوء الممارسة والصراعات بين المبادىء الأخلاقية والقواعد الأخرى أو السلطات القانونية ، والصراعات بين المعايير والقواعد المؤسسية التى يعمل الأخصائى فيها أو من خلالها ، والطرق الودية فى حل الانتهاكات ، وطرق الشكوى من الانتهاكات ، والتعاون مع اللجان المسئولة عن الأخلاقيات ، والشكاوى غير الجادة ، والتمييز غير العادل ضد أصحاب الشكاوى .

٢) **الكفاءة** ، ويتضمن حدود الكفاءة ، وتقديم الخدمة فى الظروف الطارئة ، ومواصلة دعم الكفاءة ، وأسس إصدار الأحكام المهنية والعلمية ، وتفويض الآخرين بالعمل ، والمشكلات والصراعات الشخصية .

* يمكن الحصول علي نسخة من الميثاق الاخلاقي للأخصائيين النفسيين تعديل ٢٠٠٧ من موقع رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية على الإنترنت : WWW.eparanm.org

٣) **العلاقات الإنسانية:** ويتضمن قضايا التعصب أو التمييز بين الناس ، والتحرش الجنسى ، وأشكال التحرش الأخرى ، ، وتجنب الإضرار بالآخرين ، والعلاقات المتعددة ، وتضارب المصالح ، والتعامل مع طلب الخدمة من طرف ثالث ، واستغلال العلاقات ، والتعاون مع المهنيين الآخرين ، والحصول على الموافقة على العلاج ، والخدمات النفسية المقدمة من خلال هيئات أو منظمات ، والتدخلات المحتملة فى تقديم الخدمة النفسية .

٤) **الخصوصية والثقة:** ويتناول هذا الجزء القضايا الخاصة بالحفاظ على الثقة ، ومناقشة حدود الثقة ، وعمليات التسجيل ، والإقلال من حجم انتهاك الخصوصية ، والكشف والبوح بالمعلومات ، والاستشارة واستخدام المعلومات المؤتمنة لأغراض أخرى .

٥) **الإعلان والتصريحات العامة:** ويتعلق هذا الجزء بتجنب البيانات الخادعة والزائفة ، والتصريحات الصادرة عن أشخاص آخرين، ووصف ورش العمل والمنح التى لا تتضمن درجات علمية ، والبرامج التعليمية ، والعروض المقدمة فى وسائل الإعلام، والاعتراف بالفضل لأصحابه.

٦) **حفظ السجلات والأجور:** بما فى ذلك توثيق العمل المهنى والعلمى والحفاظ على السجلات، وعدم حجب الوثائق المتعلقة بالأعمال التى لم يسدد أصحابها الأجور المستحقة عنها، عندما تكون هذه السجلات أو الوثائق مطلوبة لصالح العميل أو المريض ، والأجور والاتفاقات المالية ، ومنع تبادل المنافع والخدمات مقابل العمل المهنى بين الأخصائى النفسى والعملاء ، وتقديم معلومات صحيحة للجهات الممولة للبحوث ، وقضايا الإحالة بين المهنيين أو الجهات طالبة الخدمة والأجور .

٧) **التعليم والتدريب:** وضع البرامج التعليمية والتدريبية، وتوصيفها ، وصحة التعليم ، وتصريح الطلاب بالمعلومات الشخصية والعلاج الفردى أو الجماعى الإلزامى واختبار الطلاب ومن يخضعون للإشراف ، والعلاقات الجنسية مع الطلاب أو الخاضعين للإشراف .

٨) **البحوث والنشر:** ويتضمن إجراءات البحوث والتعامل مع المفحوصين

والمرضى، وحفظ حقوق الحيوانات ، ونشر البيانات وحقوق المؤلفين ، وترتيب نشر أسماء الباحثين والقضايا الأخلاقية المتعلقة بملكية البيانات .

٩) **التقييم والقياس:** ويتضمن النصوص الخاصة بأسس القياس والاختبار، وأهمية الحصول على الموافقات قبل إجراء الاختبارات، والإفراج عن البيانات وتوفير نتائج الاختبارات ومسئولية تصحيح الاختبارات وتفسير النتائج .. إلى غير ذلك من الموضوعات .

١٠) **العلاج:** ويتضمن هذا الجزء القضايا الخاصة بالعلاج والأساليب المستخدمة ، وضرورة الحصول على الموافقات على العلاج ، وقضايا وجود طرف ثالث فى العلاقة العلاجية ، والعلاقة بين المعالج والعميل ، والمشكلات المتعلقة بإقامة علاقة جنسية حميمة بين المعالج والعميل .. الى غير ذلك من القضايا الجوهرية التى تعد أساسية فى تدريب وتأهيل الأخصائى النفسى الإكلينيكى وتعريفه بواجباته، والأحكام التى تضبط سلوكه المهنى .

والميثاق بأجزائه العشرة السابقة يتعرض للقضايا المختلفة التى تتعلق بالممارسات العلمية والمهنية والمعايير السلوكية المقبولة فيها ، ولا يكفى الاعتماد على الأحكام المتعلقة بمجال واحد من هذه المجالات العشرة للحصول على الخبرة الأخلاقية، والتعرف على كافة الأحكام الخاصة بالسلوك المهنى والعلمى فى كل الممارسات المهنية والعلمية التى يتعرض لها الأخصائى النفسى .

ويتعين على المشتغل بمجال علم النفس ، من منظور مهنى -سواء كان منخرطا فى أنشطة التعليم أو البحث أو الخدمة النفسية- أن يكون ملما إلماما دقيقا بالمعايير الأخلاقية والسلوكية التى تحكم ممارساته ، حيث تقوم المنظمات والجمعيات العلمية والمهنية بالمحاسبة على الانتهاكات وتوقيع عقوبات على المدانين والتى تصل أحيانا إلى المنع من ممارسة المهنة ، كما تعتمد الجهات القضائية المختلفة على تقييم هذه الهيئات فى الاتهامات التى تخضع لعقوبات يفرضها المجتمع على الخارجين عليها .

ويتناول الفصل الحالى الأقسام أرقام ٨ ، ٩ ، ١٠ من الميثاق الأمريكى الأخير وهى الأجزاء التى تتعلق بالبحث والنشر العلمى ، والقياس والتقييم ، والعلاج باعتبار أن الأخصائى النفسى الإكلينيكى عالم وباحث ، وفق النموذج المقبول لتوصيفه ، وباعتبار أن العلاج لا يقوم دون تشخيص باستخدام الاختبارات والمقاييس والأدوات المختلفة .

## ١) البحث والنشر العلمي :

### أ- الموافقة علي إجراء البحث

يتص الميثاق على ضرورة حصول الأخصائى النفسى على موافقة المؤسسات المعنية قبل القيام ببحث ، عندما تكون هذه الموافقات مطلوبة ، كما يتعين أن يقوم طلب الموافقة على بيانات ومعلومات صحيحة ودقيقة ، وأن يتم إجراء البحث فى إطار الحدود التى تم الحصول على الموافقة بمقتضاها .

### ب - توضيح طبيعة البحث للمشاركين

وعندما يقوم الباحث ببحث يتضمن تدخلا تجريبيا فمن الضرورى إخطار المشاركين منذ بداية البحث بطبيعة البحث، والخدمات التى ستقدم أو لا تقدم للمجموعة الضابطة، والمهام التى سيقوم بها أفراد العينة التجريبية والأخرى التى سيقوم بها أفراد العينة الضابطة ، والعلاجات البديلة التى يمكن أن يحصل عليها من لا يرغب فى المشاركة فى البحث .

### جـ _ الموافقة علي القيام بتسجيلات أو تصوير

وجوب الحصول على موافقة المفحوصين أو المرضى على إجراء تسجيلات صوتية أو تصوير ، ويستثنى من الإلزام بطلب الموافقة على مثل هذا التصريح إذا كان البحث يهدف إلى الحصول على ملاحظات فى الأماكن العامة الطبيعية ، وأن البحث لن يتسبب فى أى نوع من الضرر ، والاستثناء الآخر هو إذا ماكان تصميم البحث يعتمد على خداع تتطلبه أهداف البحث ، على أن يتم الحصول على الموافقة مع تقديم ملخص لخطوات البحث ، ويتناول الميثاق مشكلة الخداع بتفصيل أكبر فى فى الفقرة ( ز ) من هذا الجزء .

### د - مشاركة العملاء والمرضي أو الطلاب في البحث

يتعين اتخاذ الخطوات اللازمة لحماية المشاركين فى البحث من أية نتائج قد تترتب على انسحابهم من البحث إذا رغبوا أو انسحابهم منه فى أى مرحلة فيه، وعندما يكون البحث أحد متطلبات برنامج دراسى يشارك فيه هؤلاء المبحوثون ويحصلون على درجات إضافية نتيجة لمشاركتهم ، فيجب إيجاد بديل آخر للمشاركة لمن لا يرغب فى

المشاركة فى البحث؛ بحيث يمكنه اختياره للحصول على هذه الدرجات .

**هـ - الإعفاء من الحصول على الموافقة**

يمكن الإعفاء من الحصول على الموافقة الضرورية من الأفراد المشاركين فى البحث ، فى حالات معينة هى : عندما يفترض منطقيا أن البحث لا يتضمن أمورا معينة يترتب عليها إحداث أى نوع من الأذى أو الكدر للمشاركين ، أو عندما تكون الدراسة نوعا من الأنشطة التعليمية فى الفصل الدراسى ، أو عندما تستخدم فيها استخبارات أو استبيانات مجهلة الأسماء أى لا تتضمن تسجيل المفحوص لاسمه، أو عندما يقوم البحث على ملاحظات فى المواقف الطبيعية العامة، أو عندما يتضمن فحص وثائق أرشيفية وبما لا يترتب عليه أى نوع من الإضرار بالمشاركين أو تعريضهم لمسألة قانونية لاحقة أو عن أفعال سابقة، أو عندما تكون الدراسة متعلقة بعوامل تختص بفعالية الإدارة وتجرى فى المواقف المؤسسية ويتم فيها حماية المفحوصن من تأثيرها على وظائفهم ، أو عندما يكون مسموحا بها قانونا .

**و - تقديم إغراءات للمشاركين في البحث**

على الأخصائى النفسى أن يحرص على عدم تقديم إغراءات مبالغ فيها أو مكافآت مالية غير ملائمة للمشاركين فى البحث مقابل مشاركتهم ، عندما يحتمل أن تؤدى هذه الإغراءات إلى امتثالهم للبحث تحت ضغط هذه الإغراءات . وفى حالة تقديم خدمات مهنية كنوع من الإغراء للاشتراك فى البحث، فيجب على الأخصائى النفسى توضيح طبيعة هذه الخدمة، ومايمكن أن تتضمنه من مخاطر ، وحدودها .

**ز - الخداع في البحوث**

ينص فى هذا المبدأ بالنسبة للبحوث المبنية على نوع من الخداع[1] (وهو تفصيل لما ورد فى الفقرة جـ) على أن الأخصائى النفسى لا يقوم بدراسة تتضمن خداعا* ما لم يكن هناك تبرير كاف لهذا الخداع فى الأهداف التى تسعى اليها

---

*يقصد بالخداع أن تكون أهداف البحث التي تذكر للمشاركين فيه مختلفة عن أهدافه الحقيقية والتي تحجب أحيانا عن المشاركين بهدف التمكن من التعرف علي السلوك الحقيقي الذي قد لا يحدث في حالة معرفة هدف البحث بوضوح.

(1) Deception

الدراسة من منظور علمى أو تعليمى أو لما يتحقق منها عمليا ، وأن إمكانية تحقيق كل ذلك لا يتيسر دون اللجوء إلى الخداع . ويتعين أن لا يقوم الباحث بخداع المشاركين فى البحث إذا ماكان يترتب على ذلك آلام بدنية أو كدر انفعالى حاد ، وعلى الأخصائى النفسى أن يفسر أى خداع يعد جزءا متكاملا من البحث للمشاركين فى فترة مبكرة قدر الإمكان ، ولكن ليس أبعد من نهاية فترة جمع المعلومات ، على أن يسمح للمفحوصين الراغبين بسحب بياناتهم من البحث .

**ح - تقديم ملخص عن البحث للمشاركين**

يوفر الأخصائى النفسى إمكانية حصول المشاركين فى البحث على المعلومات المتعلقة بطبيعة البحث ، ونتائجه ، والاستخلاصات القائمة عليه ، ويجب أن يتخذ الإجراءات الضرورية لتصحيح أى مفاهيم خاطئة تكون لدى المشاركين، وعندما توجد مبررات علمية أو إنسانية تبرر تأخير إخطار المشاركين بالخداع أو حجب البيانات عنهم ، فعلى الأخصائى النفسى أن يتخذ كافة الإجراءات الضرورية للحد من مخاطر الضرر. وعندما يعرف الباحث أن إجراءات البحث أضرت بأحد المشاركين فعليه أن يقوم بالخطوات اللازمة للحد من هذا الضرر .

**ط _ استخدام الحيوانات في البحوث ورعايتها**

يتبنى الأخصائى النفسى رعاية الحيوانات عند استخدامها وطريقة التخلص منها نهائيا بما يتفق مع القوانين والقواعد والمعايير المهنية المتعلقة باستخدام الحيوانات فى التجارب والرفق بالحيوان ، ويجب تدريب الأخصائيين النفسيين فى مناهج البحث وتوفير الخبرة لهم لرعاية حيوانات المعامل والإشراف على كل الإجراءات الخاصة بالحيوانات، وهم مسئولون عما يخص الاعتبارات المتعلقة بتوفير الراحة والصحة والمعاملة الإنسانية لها . كما يتعين على الأخصائى النفسى التأكد من أن كل الأشخاص الخاضعين لإشرافه ممن يستخدمون حيوانات قد تلقوا تعليما كافيا فى مناهج البحث للقيام بأدوارهم فى رعاية وحماية أنواع الحيوانات التى يتعاملون معها . وعلى الأخصائى النفسى أن يبذل أقصى الجهد للإقلال من عدم راحة الحيوانات وتعريضها للعدوى أو المرض أو الألم . ويستخدم الأخصائيون النفسيون

الإجراءات التى تحدث ألما أو ضيقا أو حرمانا للحيوانات عندما لا يكون هناك بديل آخر، وعندما يكون الهدف مبررا علميا وتعليميا أو لمزاياه التطبيقية . وعليهم أن يقوموا بالإجراءات الجراحية للحيوانات تحت التخدير، وأن يتبعوا أساليب لتجنب العدوى والإقلال من الألم أثناء وبعد الجراحات . وعندما يكون من الملائم إنهاء حياة الحيوان ، على الأخصائى النفسى أن يقوم بذلك على وجه السرعة مع بذل الجهد لتخفيف آلام الحيوان فى ضوء الإجراءات المقبولة بهذا الشأن .

**ي - تقارير البحوث**

لايزيف الأخصائيون النفسيون البيانات . وعندما يكتشفون خطأ جوهريا فى تقاريرهم المنشورة فإنهم يقومون بالخطوات الضرورية لتصحيحها، سواء بسحبها أو بتصحيح الأخطاء المطبعية ، أو بأية طريقة أخرى .

**ك - انتحال أعمال الغير**

لايقدم الأخصائيون النفسيون أجزاء من أعمال آخرين أو بياناتهم باعتبارهم أصحابها ، حتى إن كانت هذه الأعمال الأخرى أو مصادر البيانات يتم اقتباسها بصورة معتادة .

**ل - الإقرار بالفضل(1)**

يتحمل الأخصائيون النفسيون المسئولية ويقرون بالفضل بما فى ذلك حقوق المؤلف عن الأعمال التى قاموا بها بالفعل ، أو التى أسهموا فيها أساسا . ويعكس ترتيب مكانة الباحث بوصفه الباحث الأول بكل دقة الإسهام النسبى العلمى أو المهنى له ، دون اعتبار للوضع المعين للمشارك، وسواء كان يحتل مركزا مؤسسيا ، كأن يكون رئيسا للقسم، فإن ذلك لا يبرر أن ينسب له هذا الفضل ، والإسهامات الأقل فى البحث أو لكتابة البحث يعترف بها بصورة ملائمة ، كأن تذكر فى هامش سفلى أو فى عبارة واضحة فى المقدمة . وباستثناء بعض الحالات الخاصة ، يذكر طالب بوصفه الباحث الرئيس فى أية مقالة متعددة المؤلفين تكون قائمة على رسالته للدكتوراه ،

---

(1) Credit

وينسب الفضل للمستشارين من أعضاء هيئة التدريس والطلاب على امتداد البحث وعمليات النشر بصورة ملائمة . ولا يقوم الأخصائي الإكلينيكي بنشر بيانات سبق نشرها ، باعتبارها بيانات أصلية ، ولا يحول ذلك دون إعادة نشر البيانات عندما تكون مصحوبة بتصريح حولها .

**م - المشاركة في بيانات البحوث لأهداف التحقق.**

بعد نشر نتائج البحث ، لا يقوم الأخصائيون النفسيون بحجب البيانات التى استخلصت منها هذه النتائج عن زملائهم المهنيين الذين يسعون للتحقق من ادعاءات جوهرية من خلال إعادة التحليل ، ولمن يرغب فى الحصول على هذه البيانات لهذا الغرض ، مع الحرص على حماية ثقة المشاركين ( المفحوصين أو أفراد العينة ) ، ومالم تكن هناك حقوق قانونية حول ملكية البيانات تحول دون توفيرها . ولا يحول ذلك دون أن يطلب الأخصائيون النفسيون أن يكون هذا الشخص أو هذه المجموعة طالبة البيانات مسئولين عن النفقات الخاصة بتدبيرها . و يستخدم الأخصائيون النفسيون البيانات المشتركة التى يطلبونها من أخصائى آخر للتحقق من ادعاءات جوهرية لهذا الغرض المحدد ، وعليهم أن يطلبوا موافقة كتابية مسبقة تتعلق بأية استخدامات أخرى للبيانات .

**٢) التقييم[١]**

**أ - أسس التقييم**

يعتمد الأخصائيون النفسيون فى آرائهم الواردة فى توصياتهم ، وتقاريرهم ، وتشخيصهم وتقييمهم بما فى ذلك شهاداتهم النفس شرعية[٢] ، على المعلومات والأساليب الملائمة للبرهنة على نتائجهم . وباستثناء ما سبق لا يقدم الأخصائيون النفسيون آراءهم حول الخصال النفسية للأفراد إلا بعد إجراء فحص ملائم لدعم تقاريرهم أو استنتاجاتهم . وعندما يكون مثل هذا الفحص –على الرغم من الجهد الكافى المبذول فيه –غير عملى ، يقوم الأخصائى النفسى بتوثيق جهده الذى قام به

---

(1) Assessment

(2) Forensic testimony

ونتائج هذا الجهد ، موضحا التأثير المحتمل للقدر المحدود من المعلومات على ثبات وصدق آرائه ، والذى يحد بالتالى من طبيعة ومدى هذه الاستخلاصات أو التوصيات. وعندما يقوم الأخصائى النفسى بمراجعة سجل أو يقدم استشارة أو يقوم بإشراف لا يتطلب ضرورة القيام بفحص لفرد ما لتقديم آرائه ، فعلى الأخصائى النفسى تفسير هذا وتوضيح مصادر المعلومات التى استخدمها والتى أقام عليها استنتاجاته وتوصياته.

**ب - استخدام أساليب التقييم**

يستخدم الأخصائيون النفسيون أساليب القياس والتقييم أو الأدوات ويطبقونها ، ويعدلونها ويصححونها ويفسرونها بطرق وأهداف ملائمة فى ضوء البحوث أو الدلائل المتعلقة بفائدتها وأساليب تطبيقها المناسبة . ويستخدم الأخصائيون النفسيون أدوات القياس التى تبين صدقها وثباتها للاستخدام مع الأفراد الذين يختبرون ، وفى حالة ما إذا كان صدقها وثباتها لم يتقررا فعلى الأخصائيين النفسيين أن يصفوا ما تتسم به من قوة وحدود النتائج والتفسيرات التى استخدمت فيها، ويتعين عليهم استخدام الاختبارات الملائمة للتفضيلات اللغوية للفرد ومستوى قدرته ، مالم يكن استخدام لغة بديلة يتعلق بالقضايا المحورية للمقياس .

**جـ - الموافقة على الخضوع للاختبار**

يتعين حصول الأخصائيين النفسيين على موافقة مبدئية على التقييم والاختبار أو الخدمات التشخيصية؛ باستثناء الحالات الآتية :

١) عندما يكون الاختبار مطلوبا بحكم القانون أو القواعد الحكومية .

٢) عندما تكون الموافقة ضمنية لأن الاختبار يجرى فى سياق تعليمى ، أو مؤسسى أو فى إطار نشاط منظمة معينة ( مثال ذلك عندما يختبر المشاركون الذين يوافقون تطوعا على اختبارهم عند تقدمهم للوظائف ) .

٣)عندما يكون أحد أهداف الاختبار تقييم إمكانية اتخاذ قرار ، وتتضمن الموافقة شرحا لطبيعة وأهداف الاختبار ، والأجور المطلوبة ، وما إذا كان لطرف ثالث علاقة بالاختبار ، وحدود الثقة المؤمنة للمفحوص ، والفرصة المتاحة للمفحوص

لتوجيه أسئلة وتلقى إجابات عليها . وعلى الأخصائيين النفسيين إخطار الأشخاص الذين يشك فى إمكانية تقريرهم للموافقة ، أو أولئك الذين يختبرون خضوعا لأحكام القانون أو الإجراءات الحكومية بطبيعة وأهداف الاختبار وذلك باستخدام لغة مفهومة للشخص المطلوب اختباره . ويتعين بالنسبة للأخصائيين النفسيين الذين يستخدمون خدمات مترجم أن يحصلوا على الموافقة من العميل أو المريض على استخدام هذا المترجم ، مع تأكيد الحفاظ على نتائج الاختبار المؤتمنة والثقة الممنوحة، وأن يذكر ذلك في توصياتهم وتقاريرهم وبياناتهم حول التشخيص والتقييم بما فى ذلك الشهادة النفس شرعية ، وفي مناقشة أى قصور في النتائج التى تم الحصول عليها .

**د - الإفراج عن البيانات**

يشير تعبير بيانات الاختبار للبيانات الخام والمصححة ، واستجابات العميل أو المريض على أسئلة الاختبار أو المنبهات ، وملاحظات الأخصائيين النفسيين وسجلاتهم الخاصة بتصريحات أو سلوك العميل أو المريض أثناء الاختبار . ويتضمن تعريف بيانات الاختبار هذه الأجزاء من مادة الاختبار التى تتضمن استجابات العميل أو المريض . وبناء على موافقة العميل أو المريض بالإفراج عن البيانات يقدم الأخصائيون النفسيون بيانات الاختبار سواء للعميل أو المريض أو لأى شخص محدد فى الموافقة على الإفراج عن البيانات . وللأخصائيين النفسيين أن يحجموا عن الإفراج عن البيانات لحماية العميل أو المريض أو غيرهم من أذى محتمل، أو من سوء الاستخدام، أو من إساءة إعادة عرض البيانات أو الاختبار ، مع الاعتراف بأنه فى بعض هذه الحالات يكون الإفراج عن البيانات محل الثقة خاضعا لأحكام القانون .

**هـ - تصميم الاختبارات**

يتعين على الأخصائيين النفسيين الذين يقومون بتطوير الاختبارات وأساليب التقييم الأخرى استخدام الإجراءات السيكومترية الملائمة ، والمعلومات العلمية أو المهنية الحالية فى تصميم الاختبارات وتقنينها، وتقدير صدقها، وخفض أو استبعاد مصادر التحيز فيها، وتوصيات الاستخدام .

**و- الاختبار الذي يقوم به أشخاص غير مؤهلين**

لا يشجع الأخصائيون النفسيون استخدام أساليب القياس بواسطة أشخاص غير مؤهلين ، يستثنى من ذلك أن يكون هذا الاستخدام بغرض التدريب وتحت الإشراف الملائم .

**ز- الاختبارات المهجورة ونتائج الاختبارات القديمة**

لايبنى الأخصائيون النفسيون تقييماتهم أو قراراتهم بتدخلات حالية على بيانات أو نتائج اختبارات مهجورة ، ولا يبنون مثل هذه القرارات أو التوصيات على اختبارات أو مقاييس مهجورة أو غير مفيدة للأغراض الحديثة .

**ح- خدمات تصحيح وتفسير الاختبارات**

يقدم الأخصائيون النفسيون الذين يوفرون خدمات التقييم أو تصحيح الاختبارات لغيرهم من المهنيين وصفا لأهداف وأغراض ومعايير وصدق وثبات هذه الإجراء ات بصورة صحيحة، وكذلك أية مواصفات خاصة تتعلق باستخدامها . ويتعين على الأخصائيين النفسيين اختيار خدمات التفسير والتصحيح ( بما فى ذلك الخدمات الإلكترونية ) على أساس من الدلائل المتوافرة حول البرامج والإجراءات، وكذلك أية اعتبارات أخرى ملائمة . ويتحمل الأخصائيون النفسيون المسئولية عن التطبيقات المناسبة والتفسيرات واستخدامات أدوات القياس ، سواء قاموا بتصحيحها وتفسيرها بأنفسهم أو استخدموا فى ذلك وسائل إلكترونية أو أى نوع آخر من الخدمات لذلك .

**ط- تفسير نتائج القياس**

دون اعتبار لما إذا كان تصحيح الاختبارات أو تفسيرها قام به أخصائى نفسى ، أو مرءوس أو مساعد ، أو تم من خلال وسيلة إلكترونية أو من خلال أى نوع خارجى من الخدمات ، فعلى الأخصائيين النفسيين القيام بالخطوات المناسبة لتأكيد أن تفسير النتائج يقدم للشخص أو وكيله المعتمد مالم تكن طبيعة العلاقة تمنع تقديم هذه التفسيرات للنتائج ( كما هى الحال فى بعض مؤسسات الإرشاد ، أو حالات ماقبل

التوظيف أو مسوح الأمن ، والتقييم النفس شرعى ) ، على أن توضح هذه الحقيقة للشخص الذى يتم تقييمه مقدما .

**ى - تأمين الاختبارات**

يشير تعبير مواد الاختبار إلى دليل الاختبار والأدوات ، والبروتوكولات الخاصة بالاختبار ، وأسئلة الاختبار أو منبهاته ، ولا يتضمن بيانات الاختبار كما حددت فى الفقرة (د) المتعلقة بالإفراج عن بيانات الاختبارات . وعلى الأخصائيين النفسيين بذل جهد كاف للحفاظ على تكامل وأمن مواد الاختبارات وأساليب التقييم الأخرى بما يتفق مع القانون والالتزامات التعاقدية ، وبطريقة تتسق مع هذا الميثاق الأخلاقى .

**٣) العلاج**

**أ - الموافقة على العلاج**

عند الحصول على موافقة على العلاج حسب المطلوب فى بند سابق من هذا الميثاق ، يقوم الأخصائى النفسى بإخطار العميل أو المريض مبكرا بقدر الإمكان خلال العلاقة العلاجية بطبيعة ومتطلبات البرنامج العلاجى ، والأجر ، ومشاركة أى طرف ثالث ، وحدود الثقة ، وعليه أن يقدم فرصة كافية للعميل أو المريض لتوجيه أية أسئلة وتلقى الإجابات عليها . وعند الحصول على الموافقة على العلاج وإذا كانت الأساليب والإجراءات المعروفة غير معتمدة ، فعلى الأخصائيين النفسيين إخطار عملائهم ومرضاهم بطبيعة التطورات المتوقعة فى العلاج ، والمخاطر المحتملة فيه ، والعلاجات البديلة التى يمكن أن تكون متاحة، والطبيعة التطوعية لمشاركتهم . وعندما يكون المعالج تحت التمرين وتكون المسئولية القانونية عن العلاج للمشرف على تدريبه يتعين كجزء من الإقرار بالموافقة إخطار العميل أو المريض أن المعالج تحت التدريب وأنه يعمل تحت إشراف ، ويخطر باسم هذا المشرف .

**ب - العلاج المتضمن زوجين أو أسرة**

عندما يوافق الأخصائى النفسى على تقديم الخدمة لأشخاص متعددين بينهم علاقة( مثل الأزواج، والأشخاص المهمين لبعضهم ، أو الوالدين وأطفالهم )

فعليه أن يقوم بالخطوات اللازمة ليوضح من البداية الآتى :

۱) من منهم هو العميل أو المريض .

۲) العلاقة بين الأخصائى النفسى وكل واحد منهم .

ويتضمن هذا الإيضاح دور الأخصائى النفسى والاستخدامات المحتملة للخدمات المقدمة أو المعلومات التى سيتم الحصول عليها . وقد يكون من الواضح من البداية أن الأخصائى النفسى قد يجد نفسه فى صراع أدوار ( مثلما يحدث فى حالة المعالج الأسرى الذى يطلب كشاهد من طرف أحد الطرفين فى إجراءات طلاق ) ، وهنا يكون على الأخصائيين النفسيين القيام بالخطوات اللازمة لتوضيح وتعديل أو الانسحاب من الأدوار بصورة ملائمة .

**جـ - العلاج الجمعى**

عندما يقدم الأخصائيون النفسيون خدماتهم لعدد من الأشخاص فى موقف جمعى، يجب أن يقدموا وصفا من البداية لأدوار ومسئوليات كل طرف ، وحدود الثقة .

**د - تقديم الخدمة لأشخاص يحصلون على خدمات أخرى**

عند تقرير ما إذا كانت الخدمة ستقدم لأشخاص يحصلون بالفعل على خدمات الصحة العقلية فى مكان آخر ، على الأخصائيين النفسيين التمعن بحرص فى القضايا العلاجية المتعلقة برفاهة العميل أو المريض، وأن يناقشوا هذه القضايا مع العميل أو المريض أو أى شخص آخر مسئول قانونا نيابة عنه بهدف الإقلال من مخاطر الخلط والصراع . وأن يتشاوروا مع مقدمى الخدمة الآخرين عندما يكون ذلك متاحا ، وأن يتقدموا بحرص وبقدر من الحساسية نحو القضايا العلاجية .

**هـ - العلاقات الجنسية الحميمة مع عميل أو مريض تحت العلاج**

لا يتورط الأخصائيون النفسيون فى علاقات جنسية حميمة مع عملاء أو مرضى يقومون بعلاجهم .

**و - العلاقات الجنسية الحميمة مع أقرباء مرضاهم أو ذوي الصلة بهم**

لايتورط الأخصائيون النفسيون فى علاقات جنسية حميمة مع أشخاص يعرفون أنهم على درجة قرابة وثيقة من مرضاهم أو أولياء أمورهم ، أو مهمين بالنسبة لهم ، ولا ينهى الأخصائيون النفسيون العلاج بهدف التحايل على هذا المبدأ .

**ز- علاج أشخاص كانت لهم علاقات جنسية سابقة مع المعالج**

على الأخصائيين النفسيين عدم قبول أشخاص للعلاج كانت لهم بهم علاقات جنسية حميمة فى وقت سابق .

**ح - العلاقات الجنسية الحميمة مع مريض أو عميل سبق علاجه**

لا يتورط الأخصائيون النفسيون فى علاقات جنسية حميمة مع عملاء أو مرضى سبق لهم علاجهم قبل انقضاء عامين على انتهاء العلاج أو قطعه . ولا مع مرضى أو عملاء سابقين حتى بعد انقضاء فترة العامين إلا فى ظروف غير معتادة . والأخصائيون الذين ينخرطون فى مثل هذا الأمر بعد انقضاء فترة العامين لتوقف العلاج دون أن ينخرطوا فى نشاط جنسى مع العميل أو المريض السابق يتحملون عبء توضيح أنه لم يكن هناك استغلال ، فى ضوء كل العوامل المتعلقة بالموقف ، بما فى ذلك :

١) توضيح الفترة المنقضية منذ انتهاء العلاج .

٢) طبيعة، ومدة ، وكثافة العلاج .

٣) الظروف التى تم فيها إنهاء العلاج .

٤) تاريخ العلاقة بين المعالج والعميل أو المريض .

٥) الحالة العقلية الراهنة للعميل أو المريض .

٦) احتمالات التأثير العكسى على العميل أو المريض.

٧) أية تصريحات أو أفعال قام بها المعالج أثناء العلاج توحى أو تفتح إمكانية إقامة علاقة جنسية أو عاطفية بعد انتهاء العلاج .

**ط - قطع العلاج**

يقوم الأخصائيون النفسيون بقطع العلاج عندما يصبح من الواضح منطقيا أن العميل أو المريض أصبح فى غير حاجة للعلاج ، وأنه يحتمل أن لا يستفيد ، أو أنه سيتأذى من استمرار الحصول على الخدمة . كما ينهى الأخصائيون النفسيون الخدمة عندما يهددهم العملاء أو المرضى أو يعرضونهم للخطر أو عندما يحدث ذلك من شخص آخر له علاقة بالعميل أو المريض . وباستثناء عندما تكون هناك حوائل ناتجة عن تصرفات المريض أو طرف ثالث ، على الأخصائى النفسى أن يقدم – قبل إنهاء العلاج – إرشادا واقتراحا بشخص آخر يقدم الخدمة كلما كان ذلك ممكنا .

يتضمن كل من التمهيد والمبادىء العامة الأهداف الطموحة لإرشاد الأخصائى النفسى نحو المثل العليا لعلم النفس . وعلى الرغم من أنهما ليسا فى ذاتهما قواعد ملزمة ، إلا أنه يتعين على الأخصائى النفسى اعتبارهما دليلا لدستور العمل الأخلاقى، كما يمكن للهيئات واللجان الأخلاقية وضعهما فى الاعتبار عند تفسير ها للمعايير الأخلاقية .

وتقرر المعايير الأخلاقية قواعد قوية لسلوك الأخصائى النفسى ، وقد صيغت أغلب المعايير الأخلاقية بصورة عامة ، بهدف تطبيقها على الأخصائيين النفسيين مختلفى الأدوار ، على الرغم من أن تطبيق معيار أخلاقى قد يختلف من حالة الى أخرى اعتمادا على السياق الذى يطبق فيه . والمعايير الأخلاقية ليست شاملة شمولا تاما ، وعندما نواجه بحقيقة أن سلوكا معينا لم يرد على وجه التحديد فى الدستور الأخلاقى ، فيجب أن لا يعنى ذلك أن كل سلوك يتعين بالضرورة أن يكون إما أخلاقيا أو غير أخلاقى .

ويلاحظ أن العضوية فى جمعية علم النفس الأمريكية تتضمن تسليم الأعضاء بالولاء التام للدستور الأخلاقى ، والقواعد والإجراءات المستخدمة فى تطبيقه. وسواء كان الأخصائى النفسى أو الطالب عضوا فى جمعية علم النفس الأمريكية أم لا، يتعين أن يكون على وعى أن الدستور الأخلاقى قد يطبق عليه من خلال الهيئات النفسية فى الولايات أو المحاكم أو أية هيئات عامة أخرى .

ويطبق الدستور الأخلاقى على الأعمال المتصلة بالأنشطة ذات الطابع النفسى، بمعنى أنه يطبق على الأنشطة التى تعد جزءا من الوظائف النفسية أو المهنية أو التى تعد نفسية فى طبيعتها . وهو يطبق على الأنشطة الإكلينيكية والإرشادية ، والبحوث ، والتدريس ، والإشراف على المتدربين ، وتطوير أدوات القياس ، والقيام بعمليات القياس ، والإرشاد التربوى ، والإرشاد المؤسسى ، والتدخل الاجتماعى ، والإدارة ، والأنشطة الأخرى المماثلة . ويمكن تمييز هذه الأنشطة الأخرى التى تتعلق بالمجال تمييزا واضحا عن السلوك الشخصى للأخصائى النفسى؛ والذى عادة ما يكون خارج إطار المنظور الخاص بالدستور الأخلاقى .

ويهدف الدستور الأخلاقى لتوفير معايير للسلوك المهنى الذى يتعين الالتزام به. وسواء خالف أخصائى نفسى هذا الدستور الأخلاقى أم لا ، فإن هذا لايعنى فى ذاته أنه مسئول قانونا أمام المحاكم ، سواء كان هناك عقد ملزم لسلوكه بقوة القانون، أو ظهرت بعض النتائج القانونية لسلوكه ، فهذه النتائج تعتمد على قواعد قانونية لا على قواعد أخلاقية ، وعلى أى الأحوال فإن الالتزام بالدستور الأخلاقى أو مخالفته يمكن أن يكون مقبولا كدليل فى بعض الإجراءات القانونية اعتمادا على الظروف الخاصة بالموقف .

ويجب على الأخصائى النفسى أن يضع فى اعتباره هذا الدستور الأخلاقى عند اتخاذ قرارات تختص بسلوكه المهنى ، بالإضافة الى الالتزامات التى تفرضها القوانين القائمة ، ولوائح الهيئات النفسية . وإذا أقر الدستور الأخلاقى معايير للسلوك أعلى مما يتطلبه القانون ، فعلى الأخصائى النفسى أن يلتزم بالمعايير الأخلاقية الأعلى . وأذا ظهر أن الدستور الأخلاقى يتعارض مع متطلبات القانون ، فعلى الأخصائى النفسى أن يعلن التزامه بالدستور الأخلاقى ، وأن يتخذ الخطوات المناسبة لإزالة هذا التعارض بسلوك مسئول . أما فى حالة عدم قدرة الدستور الأخلاقى والقانون على حل هذا التعارض ، فعلى الأخصائى النفسى أن يضع فى اعتباره المواد المهنية الأخرى وما يمليه عليه ضميره، بالإضافة الى طلب المشورة من الآخرين فى مجاله إذا كان ذلك أمرا عمليا .

وقد وصفت إجراءات تسجيل وحفظ شكاوى السلوك غير الأخلاقى، وعمليات فحصها ودراستها وحلولها، فى القواعد والإجراءات الحالية للجنة القيم الخاصة فى جمعية علم النفس ، كما وصفت الإجراءات التى تتخذها الجمعية فى حالة مخالفة الدستور الأخلاقى ، بما فى ذلك التأنيب الرسمى ، واللوم ، والفصل من الجمعية ، وتحويل الموضوع لهيئات أخرى . أما الشكاوى التى تتطلب علاجا، مثل التلف المادى أو الخسائر المالية الناتجة عن ادعاء مخالفة أخصائى نفسى للدستور الأخلاقى ، فيمكن اللجوء فيها الى التفاوض الشخصى ، أو الى الهيئات الإدارية، أو المحاكم .

وقد تؤدى الأفعال المخالفة للدستور الأخلاقى بأخصائى نفسى الى الوقوع تحت طائلة القانون بواسطة هيئات أخرى غير جمعية علم النفس ، وبالإضافة الى الأفعال المخالفة للدستور الأخلاقى ، فإن لائحة الجمعية توفر لها إمكانية اتخاذ إجراءات ضد العضو بعد إدانته فى جريمة أو طرده أو تعليق عضويته أو فقدانه لترخيص ممارسة المهنة .

تظهر الدراسة الدقيقة للميثاق الأخلاقى ، إذا نظرنا اليه فقط من منظور مهنى واجتماعى ، بوصفه يحكم أداء الأخصائى النفسى الإكلينيكى ، دون النظر لاعتبارات صدوره من جمعية علم النفس الأمريكية أو تطبيقه على المنتمين لعضوية هذه الجمعية دون غيرهم ، أو الخصائص المتعلقة بالمجتمع الأمريكى ، تظهر هذه الدراسة أنه يوفر إحاطة شاملة لجوانب السلوك المهنى والممارسات التى يقوم بها الأخصائى النفسى الإكلينيكى فى كافة مجالات عمله ، والاعتبارات التى تحكمه ، وتوضح أمامه التعقيدات والمواقف الشائكة التى يمكن أن تتضمنها الممارسة .

يلاحظ من جانب آخر أن الميثاق يؤكد على عدد من القضايا الجوهرية ، شديدة الأهمية ، والتى تناولها العديد من الباحثين بطرق مختلفة ، ومن أهم هذه القضايا الآتى :

**قضية التحيز**

هناك تأكيد متكرر ، يرد فى أكثر من مبدأ ، ويشار اليه فى أكثر من مجال على أهمية تحرر الأخصائى النفسى من كل الممارسات التى تتضمن تفرقة بين

الناس، على أى أساس من الأسس ، ولايطلق الميثاق هذا المبدأ بصفة عامة مجردة ، بل يذهب فى تشديده عليها الى إيضاح المجالات التى يحدث التحيز فيها والخلفيات التى ينطلق منها، وهى التحيز ضد الجنس الآخر ، أو ضد عرق مختلف أو ضد أفراد من موطن أصلى معين ، أو أبناء العقائد الدينية والمذهبية الأخرى ، أو الأشخاص فى مراحل عمرية معينة ، أو أصحاب الإعاقات ، أو أصحاب الأوضاع الاجتماعية الاقتصادية المعينة ، أو أصحاب الاختيارات الجنسية المختلفة .

ورغم سعة هذه المجالات التى يمكن أن تحدث فيها مثل هذه التحيزات ، إلا أنه يتعين عدم النظر اليها باعتبارها حصرا جامعا مانعا لمجالات التحيز الممكنة التى يحتمل أن يقع فيها الأخصائى النفسى عن غير قصد ، ومن هنا لايكفى أن يتحرر الأخصائى النفسى الإكلينيكى فى ممارساته من هذه الأنماط من التحيزات فقط ، بل يتحرر من كل أشكال التحيز المحتملة التى يمكن أن تنشأ فى ظروف حضارية معينة، حتى إذا لم يكن منصوصا عليها فى الميثاق الأخلاقى ، ومن الأمور التى تتضمن تناقضا غريبا أنه بينما تفرض الأخلاقيات تجنب التحيز بكل أنواعه ، إلا أن هناك تحيزات تنبع أحيانا من منظور حضارى ، من ذلك أن المبادىء الأخلاقية تعتبر الميول الجنسية المثلية توجهات أو تفضيلات جنسية ( وفقا للمنظور الحضارى الغربى) وليست انحرافات مرضية أو أخلاقية ، وتؤكد ضرورة عدم التحيز فى النظر اليها أو الى أصحابها. ومع ذلك وجد بوب وزملاؤه (Pope et al.,1987)فى دراستهم على عينة وطنية من المعالجين النفسيين الأمريكيين أن ٢٥ ٪ منهم يعالجون الجنسية المثلية فى ذاتها باعتبارها حالة مرضية، وهو موقف لايبدو فيه هذا التناقض الظاهر إذا ما تقدم عميل طالبا علاجه من هذه الحالة باعتباره يعانيها، ولا تعد مقبولة بالنسبة له وتمثل مصدرا لكدره .

### قضايا الثقة والسريه والخصوصية

تناول الدليل هذه القضية من أكثر من جانب ، وفى أكثر من مبدأ ، بدأ من سرية بيانات التقييم ، الى احترام خصوصية العميل أو المريض ، الى حفظ الوثائق والملفات ، الى عدم تحديد هوية العميل أو المريض فى أية أنشطة علمية ، أو علنية

كالمحاضرات أو العروض المختلفة .

ويأتى تشديد الدليل على مبدأ احترام الثقة وما تفرضه من سرية على المعلومات ، من حقيقة أنه مبدأ يبدو الالتزام به صعبا فى ظروف عمل الأخصائى الإكلينيكى ، فى المستشفيات على وجه الخصوص ، وحيث يشعر المريض أحيانا بأنه تعرض للخيانة عندما يجد أن ملفه النفسى- المتضمن صعوباته أو أسراره الشخصية التى ائتمن المعالج عليها- قد أصبح جزءا من ملفه الطبى العام ، الذى يمكن أن يجد طريقه الى آخرين ، ويذكر ٩و٦١ ٪ من الأخصائيين الإكلينيكيين حدوث انتهاكات غير مقصودة للسرية (Pope et al.,1987)وهو مايعنى ضرورة التأكيد على هذا الجانب، واتخاذ أقصى درجات الحرص فيه. وقد يحدث أحيانا شكل آخر من أشكال انتهاك السرية ، عندما لايراقب المستشفى بشكل دقيق وبعناية شخصيات المشاركين والحاضرين فى مؤتمرات دراسة الحالة التى قد تعقد به ، وما إذا كان بين الحضور أشخاص غير ملائمين أم لا.

كما يحدث ، فى أحيان أخرى، أن تحيل إحدى الجهات العسكرية ضباطا أو جنودا يخضعون للقوانين العسكرية للتقييم أو العلاج النفسى ، ولأن لوائح وقوانين هذه الجهات تفرض فى كثير من الأحيان حصولها على كل البيانات والمعلومات ، لأسباب تتعلق بالدواعى الأمنية ، والتى قد تتعارض مع المعايير الأخلاقية للممارسة النفسية الخاصة بالثقة والسرية ، يصبح من الأفضل فى هذه الحالة أن يحصل الأخصائى النفسى الإكلينيكى على تصريح كتابى من المريض أو العميل بإخراج هذه المعلومات الى رئاسته. كما يجب أن يعلم الأخصائى النفسى الإكلينيكى المريض فى وقت مبكر بكل النتائج المحتملة لتقييمه أو تصريحه بالبيانات المختلفة ، فى ضوء حقيقة أن سلطاته العسكرية ستحصل على كل البيانات ، كما يصبح من مسئولية الأخصائى الإكلينيكى توضيح حدود العلاقة ، وحدود السرية للمريض عندما يعمل فى ظل هذه الظروف (Jeffrey et al.,1992). وأحيانا ما يطلب من الأخصائيين النفسيين الإكلينيكيين تقديم البيانات النفسية الخام (الدرجات ومنبهات الاختبار ، أى البنود، واستجابات المرضى أو العملاء) لغير الخبراء ، ويحذر ترانل من أن المبادىء

الأخلاقية تمنع تماما إخراج البيانات الخام، أو النتائج الخام للاختبارات ، أو اطلاع اشخاص غير مؤهلين عليها. ونتيجة لهذا قد يجد الأخصائي الإكلينيكي نفسه في صراع عندما تنشأ ظروف تطلب فيها هيئات قضائية كالنيابة العامة أو القاضي إخراج هذه البيانات ، وحيث تصبح الاعتبارات الأخلاقية والمطالب القانونية متعارضة (Tranel,1994).

يدخل أيضا في مجال هذه القضية إسهام المتدربين ، غير المرخص لهم بالعلاج في إجراءاته أوخطواته المختلفة ، من ذلك ، مثلا ، أن الكثير من المستشفيات تعمل بوصفها مراكز تدريب ، وهنا يحدث أن يقدم الطالب أو المتدرب للمريض على أنه معالج ، وتمنع المعايير الأخلاقية المتدربين من تقديم أنفسهم على أنهم أخصائيون طالما لم يحصلوا على الترخيص بالعلاج، ومن هنا يجب الاعتراف بحق المريض الكامل في معرفة ما إذا كان معالجوهم يحملون ترخيصا قانونيا بالعلاج ، ودرجة الدكتوراه في علم النفس أم لا ، وما إذا كان المعالج متدربا أم تحت التدريب (Pope et al .,1987).

**السلوك الجنسي**

قضية ثالثة تحظى بجانب مهم وأساسي من اهتمامات الميثاق الأخلاقي تتعلق بالسلوك الجنسي ، أو إقامة علاقة جنسية مع المريض أو العميل من الجنس الآخر ، وقد شغلت هذه القضية الكثير من الباحثين في قضايا أخلاقيات الممارسة ، وهم لايتوقفون عند حدود الفعل الجنسي الكامل ، بل يدرجون في هذه المشكلة حتى مشكلات التلامس البدني غير الجنسي .

وبينما يمنع تماما إقامة علاقة جنسية مع المريض حتى بعد انتهاء العلاج بعامين على الأقل ، أو انتهاء العلاقة المهنية بنفس الفترة ، وهي فترة لايعتبرها البعض كافية ، ويرون أن المنع يجب أن يكون على الإطلاق، وأنه لا مبرر للتساهل في هذا المبدأ الأخلاقي (Gabbard,1994)، وأن هناك مبررات علمية ترجح عدم انتهاء التأثير العلاجي على المريض ، وهي دلائل ناتجة عن دراسة امتداد تأثير ظاهرة التحويل Transferenceفي التحليل النفسي ، والتي تتحول فيها مشاعر المريض الجنسية والعاطفية، والأوديبية نحو المعالج ، في الوقت الذي يعارض فيه

البعض الآخر هذا الموقف معتبرينه تطرفا ، يتناقض مع الحقوق المدنية والشخصية التى تكفلها الدساتير .

بينما نلاحظ هذا الحسم فى قضية العلاقة الجنسية الكاملة ، نلاحظ وجود توجهات متباينة فى قضية التلامس البدنى غير الجنسى ، من ذلك أن فرويد على سبيل المثال كان يهز رأس أو عنق المريض، كما كان يصافح مرضاه عند دخولهم وخروجهم من الجلسات، ومع ذلك فقد حذر صديقه المعالج فيرنزى من التلامس البدنى مع المرضى ( Burton & Heller, 1964;Jones,1955)، ويحذر ولبرج تحذيرا مطلقا من التلامس البدنى ، إذ يرى أنه قد يستثير مشاعر المريض الجنسية أو غضبه أو الاثنين معا ، ويرى ضرورة إنهاء العلاج فور شعور المعالج بأنه استجاب جنسيا لأية تلميحات من جانب المريض (Wolberg,1954) .

ويبدو التلامس البدنى بين المعالج والمريض ، سواء تضمن دلالة جنسية صريحة أم لا ، بمثابة ظاهرة شائكة ، وإن كانت متعددة التفسيرات ، فمن ناحية تذكر هابل وزملاؤها (Hubble et al ., 1981) أن المرشدين الذين يلمسون عملاءهم، ينظر اليهم باعتبارهم أصحاب خبرة أكبر ، كما يذكر هيلى,Henley) (1973أن الشخص الذى يحتل المركز الأعلى – وهو موقع يحتله دائما المعالج فى مواجهة المريض أو العميل – يتمتع بمزايا التلامس مع الشخص الذى يحتل المركز الأدنى ، وينطبق ذلك بصفة عامة فى العلاقات ، سواء فى مجال الجنس أو العمر أو الوضع الاجتماعى الاقتصادى. ومع ذلك ، يبدو أن التلامس يحمل معانى مختلفة بالنسبة للرجل والمرأة ، فاللمسة الجنسية الواضحة من الرجل للمرأة لا تفسرها على أنها تعبير عن الحب والدفء ، بينما إذا جاءت هذه اللمسة من المرأة الى الرجل فإنه يفسرها على أنها تعبير عن الحب والدفء (Nguyen et al .,1975)، ومع ذلك فهناك اعتقاد أن النساء يستجبن بإيجابية أكثر للمس الرجال ,Whitcher & Fisherr) 1979)

ويلاحظ هولرويد وبرودسكى ( Holroyd & Brodskey ,1977)–من خلال دراسة لهما عن اتجاهات الأخصائيين النفسيين الإكلينيكيين ، والممارسات المتعلقة

بالتلامس البدنى غير الجنسى– أن ٣٠٪ من المعالجين الإنسانيين[1] ،٦٪ من المحللين النفسيين يرون أن احتضان المريض الذى لايتضمن دلالات جنسية ، وبالمثل التقبيل والتلامس الودى يمكن أن يكون مفيدا للمريض . ومع ذلك فقد ذكر أغلب المحللين النفسيين أن هذا السلوك يفهم خطأ فى أغلب الأحيان ، أو دائما ، بينما ذكر أغلب المعالجين الإنسانيين أنه لايفهم إطلاقا بصورة خاطئة ، أو أنه يندر أن يفهم على نحو خاطىء .

ويرى المؤلفان فى دراسة تالية لهما ( Holroyd & Brodskey,1980)أن تقبيل المعالج أو معانقته أو لمسه للمريض من الجنس الآخر– وليس من الجنس نفسه– يعد ممارسة علاجية متحيزة جنسيا ، تتضمن مخاطر شديدة يمكن أن تؤدى الى إقامة علاقة جنسية صريحة مع المريض .

والأمر الذى لاشك فيه أن قضية التلامس البدنى والعلاقة الجنسية المحتملة بين المعالج والمريض ذات صبغة حضارية واضحة ، ويمكن أن تكون مثار قلق فى المجتمعات التى يتاح فيها التعبير الجنسى والتقارب والتلامس بين الأفراد ، وهو أمر قد لايكون بالدرجة نفسها فى حضارات أخرى تضع مسافة واضحة بين الجنسين ، مهما كانت طبيعة العلاقة المهنية أو الاجتماعية بينهما ، أو المجتمعات التى تنظر الى التعبيرات العاطفية والجنسية بين الأشخاص الذين لاتربطهم علاقات حميمة باعتبارها عدواناً وانتهاكاً غير مسموح به .

يختلف الأمر فى الحضارة الغربية ، من ذلك أن بوب وزملاؤه Pope et al) (1987 .,توصلوا من دراسة ميدانية لهم كانت عينتها من المعالجين النفسيين الى أن ٢٥٪ منهم يقبلون مرضاهم ، وأن ٥و٢٣ ٪ يقبلون مريضاتهم ، وإن كان ذلك نادرا ، وأن ٥ ٪ يقبلونهم بكثرة . وبالرغم من ذلك فقد ذكر نصف المجيبين أن هذه الممارسة تعد غير أخلاقية ، بينما اعتقد ٦و٣٦٪ منهم أنها قد تكون غير أخلاقية فى أغلب الأحوال . وقد أوضحت هذه الدراسة أن نصف المعالجين يندر أن يعانقوا مرضاهم ، بينما يعانق ٧و٤١ ٪من المعالجين مرضاهم بتكرار كبير ، وقد ذكر ٦و٤٪ أن هذا

(1) Humanistic Therapists

السلوك يعد غير أخلاقى ، إلا أن ٢و٤١ ٪ يعتقدون أنه يصبح غير أخلاقى فى ظروف نادرة ، كما ذكر ٩و٧١ ٪ أنهم لايشكون فى أن المصافحة أخلاقية تماما .

ورغم مايذكره باتيسون (Pattison,1973) من أن التلامس وعدم التلامس يقدران من جانب المريض بصورة متشابهة ، وهو ما يؤكده ستكويل ودى (Stock-well & Dye,1980) إلا أنه يتعين النظر الى كل أشكال التلامس لا فى ضوء مفهوم المريض ، أو العميل ، بل فى إطار الثقافة السائدة ، والدلالات الحاسمة فى ضوء التباين فى المعانى التى تسبغها كل حضارة على مثل هذه الأنماط السلوكية ، وبما يجعلنا ننتهى الى أن مثل هذه الممارسات يتعين النظر اليها فى الحضارة المحلية باعتبارها غير أخلاقية ولا يجوز ممارستها تحت أى الظروف ، ونتفق فى هذا مع ما يذهب اليه فيلبس ولى ( Phillips & Lee,1987)من أن إلغاء الحدود بين المعالج والمريض يصبح مشكلة بالنسبة للمعالج الذى يتعامل مع المريض من منطلق الصداقة، أو بوصفه مهنياً يقدم خدماته لصديق .

**العمل تحت مظلة سيكايترية أو طبية**

يواجه الأخصائى النفسى مأزقا أخلاقيا آخر عندما يعمل فى المستشفيات سواء تحت مظلة سيكايترية أو طبية . ومن الأمور الواضحة زيادة دور الأخصائيين النفسيين الإكلينيكيين الآن فى المستشفيات أكثر من أى وقت مضى (Pope,1990)، وهو ما يجعلهم يواجهون صعوبات أخلاقية متنوعة، من ذلك التساؤل حول مدى توافر المهارات اللازمة لديهم ليقدموا الخدمة الإكلينيكية المطلوبة للمرضى العقليين فى المستشفيات بصورة ملائمة ومستقلة (ibid.)، ويعكس هذا التساؤل رؤية الكثير من الأطباء النفسيين ، ومديرى المستشفيات الذين يعتقدون أن الأخصائيين النفسيين غير مؤهلين ومدربين بشكل ملائم ليكونوا أعضاء كاملى العضوية فى الفريق الطبى ( Deleon et al ., 1993,English et al .,1992)، ويرى إينرايت وزملاؤه أنه يتعين على الأخصائيين النفسيين الإكلينيكيين أن يتجنبوا –تحت هذه الظروف العمل فى المستشفيات الخاصة مع أصحاب الاضطرابات العقلية الشديدة؛ لأنهم يفتقدون المهارات والأدوات التى تساعدهم فى عملهم ( Enright et al .,1993). غير أن

صياغة المشكلة بهذه الصورة يغفل الى حد كبير التمييز الواضح بين دور كل من الأخصائى النفسى الإكلينيكى والطبيب النفسى ، فبينما يفتقد الأخصائى النفسى الإكلينيكى المهارات والأدوات التى يمتلكها الطبيب النفسى ، إلا أنه يتعين ملاحظة أنه غير مطالب بالقيام بدور هذا الطبيب أو الحلول مكانه ، إن المطلوب من الأخصائى النفسى الإكلينيكى أمر آخر ، فكما يرى سميث وزملاؤه (Smith et al .,1993)أن المطلوب منه هو أن يعمل مع المرضى الداخليين فى المستشفيات بأكبر قدر من الاتساق مع تدريبه التقليدى وفلسفته النفسية.

ويبدو هنا أن هذا هو لب المشكلة ، فاختلاف الفلسفات بين هذين النظامين العلميين هو الذى يقف خلف المشكلة الأخلاقية ، ولهذا السبب يتجنب الكثير من الأخصائيين النفسيين التورط فى مواقف العمل تحت المظلة الطبية نتيجة لاختلاف الفلسفة النفسية عن الفلسفة الطبية . فالفلسفة النفسية تستهدف نمطا علاجيا يسعى الى منح المريض السيطرة الذاتية على نفسه من خلال تعليمه وتدريبه ، وليس من خلال جعله معتمدا على المهنيين للوصول الى القرارات الجوهرية فى حياته وأدائه ، وهو الموقف الطبى التقليدى (Enright et al ., 1990)، وتتجه الفلسفة الطبية – من ناحية أخرى – الى التعامل مع نموذج للأمراض يتطلب بشكل أساسى اعتمادا على العقاقير ، والأساليب الطبية التى تمنع وتحد من أنشطة المريض المختلفة ، وذلك على النقيض من الفلسفة النفسية التى تتجه الى السعى لزياده فرص تمكين الفرد من تحقيق أهدافه التى يضعها بنفسه بطرق مناسبة ، وهو الأمر الذى يتطلب أن يستمر فى التواجد والعيش بشكل طبيعى فى بيئته ومجتمعه ، وتلقى العلاج فيه وليس فى المستشفى (Okin & Pearsall, 1993). وأحيانا ما تعد هذه الفلسفة تخريبية – من المنظور الطبى – للمستشفيات التى تسعى لاسباب مفهومة الى زيادة دخلها من خلال زيادة معدلات الدخول، وإطالة فترات استبقاء المرضى فيها ، وليس سرعة إخراجهم، ويذكر فينك (Fink,1989) أن بعض المستشفيات تقدم منحا للمعالجين مقابل زيادة فترة بقاء المريض فى المستشفى ، ومقابل التدخل لدى المريض لإقناعه بعدم المغادرة ، كما تشجع المستشفيات أحيانا أخصائييها على استبقاء المريض لأقصى

فترة زمنية يغطيها تأمينه الطبى، بالإضافة الى فرض رسوم أو أجور إضافية مبالغ فيها على الخدمات النفسية التى يتلقونها، وتتعارض بعض هذه الممارسات تماما مع المعايير الأخلاقية . ويرى كوسيرو أنه يتعين على الأخصائيين النفسيين أن يتأكدوا أن مقابل خدماتهم يدفع بطريقة ملائمة ، وأنهم غير مقحمين واقعيا ، أو من حيث المظهر العام فى إجراءات مالية غير أخلاقية أو غير قانونية. ويذكر كوسيرو أن مركزا طبيا جامعيا اضطر لرد أجور حصلها من المرضى – تصل الى مليون دولار– ناتجة عن تقارير زائفة وغير ملائمة حول علاج نفسى، وخدمات أخرى ادعى أنها قدمت للمرضى ( Kusserow,1988) . كما يعترف فينك – وكان رئيسا لجمعية الطب النفسى الأمريكية – بالدرجة المتطرفة التى تمارسها القوى المالية لتخريب المعايير الأخلاقية لمهنته ثنائية الأبعاد: الطب – والطب النفسى ، ويوثق الطريقة التى كبلت بها قاعدة الربح والخسارة مهنة الطب النفسى بشكل غير مباشر، من خلال جعل اقتصادياتها هى الأساس ، وكيف أن المعايير الأخلاقية التى ترتبت على ذلك تجعل أبوقراط يتقلب فى قبره ( Fink,1989).

ويرى بوب (Pope ,1990) أنه من الضرورى أن يكون الأخصائى النفسى الذى يعمل فى مستشفى ويشرف على عمله مدير إدارى لا علاقة له بعلم النفس، أو بأخلاقيات الممارسة النفسية ، أو بأساليب العلاج النفسى ، أو يشرف عليه طبيب أو طبيب نفسى لا تدريب لديه على العلاج النفسى ، أو فى المجال بعامة ، ومع ذلك يدخل فى اختصاصه الإدارى الإشراف على الممارسة النفسية وتصحيح الاختبارات وتفسير النتائج وإجراء الاختبارات النفسية العصبية ، واعيا بكل هذه الظروف ، ويتعين عليه أن يدرك ويعى هذا الواقع الصعب، والدلالات القانونية والأخلاقية للقوى السياسية والمالية التى تخضع لها قرارات المستشفى فيما يتعلق بقواعد قبول وإدخال المرضى وفترات بقائهم وقواعد متابعتهم .

# References

Aiken, L.S, West, S.G. (1991).Multiple Regression: Testing and interpreting actions. Newbury Park, CA: Sage.

Albert, M. S. (1981). Geriatric neuropsychology.Journal of Consulting and Clinical Psychology. 49(6) 835-850.

Alford, B.A. (1986). Behavirol treatment of schizophrenic delusions: A single case experimental analysis. Behavior Therapy, 17,637-644.

Allport, G.W. (1937). Personality: A psychological interpretation. New York: Holt Rinehart& Winston.

Altimar, E.A. (1993) Role of criterion II in accreditation .Professional Psychology, 24, 2,127-129.

American Psychological Association (1992). Report of the Ad Hoc Task Force on Psychopharmacology of the American Psychological Association. (Washington, DC: Author).

American Psychological Association. (1981). Specialty guidelines for the delivery of services. (Washington, DC: Author).

American Psychological Association. (1987). General guidelines for providers of psychological services. (Washington, DC: Author)

American Psychological Association. (1990). Ethical principles of psychologists (amended June 2, 1989). American Psychologist, 45, 390-395.

Annon, J. S. (1976). The behavioral treatment of sexual problems .New York: Harper&Row Pub.

Aronson, D. E. (1996, fall). Adult general psychology. APPIC Newsletter, 20, 8.

Arthur, A, Z. (1969). Diagnostic testing and the new alternatives. Psychological Bulletin, 72,183-192.

Baer, D.M., Wolf, M.M., &Risley, T.R. (1968).Some current dimensions of applied behavior analysis. Journal of Applied Behavior Analysis, 1, 91-97.

Baer, L, Minichiello, W.E. (1998).Behavior therapy of obsessive compulsive disorder. In M .A. Jenike, L.Baer, W.E. Minichiello (Eds.) Obsessive compulsive disorder .St Louis: Mosby.

Balare,C.D.,Bielauskus,L.A., Larsen,K.G.,Mensh,I.N.,Poey,K., & Roe - hlke, H.J.(1989). The national conference on internship training in psychology, Appendix A, internship policy statement. American Psychologist, 44, 60-65.

Balster, R. L. (1990). Preclinical psychopharmacology training for clini -cal/counseling psychologists. Psychopharmacology Newletters, 21, 1, 3-4.

Bandura, A. (1977). Social learning theory. Englewood. Cliffs, N.J: Printice- Hall.

Bandura, A. (1977a). Self efficiency: Toward a unifying theory. Psychological Review, 84,197-215.

Bandura, A. (1969). Principles of behavior modification. New York: Holt Rinehart & Winston.

Barchas, J.D., Berger, P.A., Ciaranello, R.D. (1977). Psychophama-

cology : From theory to practice. New York: Oxford University Press.

Barlow, D.H., and Hersen, M. (1984) .Single case experimental designs: Strategies for studying behavior change. New York: Pergamon Press.2nd Ed.

Barlow, D.H. (Ed.). (1981). Behavioral assessment. New York: Guilford Press.

Barlow, D.H., Hays, S.C., & Nelson, R.O. (1984).The scientist practioner: in clinical research and accountability in clinical and educational sittings. New York: Pergamon Press.

Barlow, D.H (1981). (Eds.). Behavioral assessment of adult disorders. New York: Guilford Press.

Baron, R.M., &Kenny, D.A. (1986).The moderator-mediator variable distinction in social psychology research: Conceptual, strategic, and statistical consideration. Journal of Personality and Social Psychology, 51, 1173-1182.

Bass, B.A. (1973). An unusual behavioral technique for healing obsession-nal ruminations. Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 10, 191-192.

Beck, A. (1976). Cognitive therapy and the emotional disorders. New York: International Universities Press.

Beck, A. T., Kovacs, M, Weissman, A. (1979). Assessment of suicidal intention: The Scale for Suicide Ideation. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 47, 2, 343-352.

Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., Erbaugh, J.

(1961). Depression. Archives of General Psychiatry. 4, 561-571.

Beck, A.T. (1963).Thinking and depression: 1.Idiosyncratic content and cognitive distortions. Archives of General Psychiatry, 9, 36-46.

Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M. (1961). An inventory for measuring depression. Archives of general Psychiatry, 4,561-571.

Beck, A.T. (1976). Cognitive therapy and the emotional disorders. New York: International Universities Press.

Beck, A.T., Rush, A.J, Shaw, B.F., & Emery, G. (1979). Cognitive theory of depression.NewYork: Guilford.

Becker, M. G., Isaac, W, & Hynd, G. W. (1987). Functioning. Developmental Neuropsychology. 3(3-4) 275-298.

Becker, R.E., Heimberg, R.G, & Ballack, A.S. (1987). Social skills training for depression. New York: Pergamon.

Belar, C. D., Bieliauskas, L. A., Larsen, K. G., Mensh, I. N., Poey, K, & Roelke, H J.(1989). The National Conference on Internship Training in Psychology. American Psychologist. 44(1) 60-65.

Belar, C. D., Perry, N. W. (1992). The National Conference on Scientist- Practitioner Education and Training for the Professional Practice of Psychology.American Psychologist. 47(1) 71-75.

Belar, C.D., Bieliauskas, L.A., Klepac, R.K., Larsen, K.G., Stigall, T.T. & Zimet, C.N. (1993). National conference on postdoctoral training in professional psychology. American Psychologist, 48 (2) 1284- 1289.

Belar,C.d.,Bielauskas,L.A.,Larsen,K.J.,Mensh,I.N.,Poet,K., &Roelke ,H. J. (1989).The national conference on internship training in psychology .American Psychologist, 44, 60-65.

Bender, L. (1938). Instructions for use if Bender visual motor gestalt tests. New York: American Orthopsychiatric Association.

Bender, L. (1938). Instructions for use of Bender Visual Motor Gestalt Test. New York: American Orthopsychiatric Association.

Benjamin, L.S. (1976). Structure analysis of social behavior. Psycholog - ical Review, 81,392-425.

Benjamin, S. L. (1976). Relationships among anger, sex, and personality characteristics. Dissertation Abstracts International. 37 (3-B), 1976, 1398.

Bennun, I. (1994). Marital conflict: Investigation .In S.J.E. Lindsay and Powel, (Eds.). The Handbook of clinical adult psychology. Rutledge.

Ben-Porath, Y, Davis, D.L. (1996). Case studies for interpreting the MMPI-2. Minneapolis: University of Minnesota Press.

Ben-Porath, Y.S., DAvis, D.L. (1996). Case studies for interpreting the MMPI-A. Minneapolis: University of Minnesota Press.

Berger, S. (1997). Screening tests in clinical neuropsychology. In A.M. Horton Jr, G.Wedding, J.Webster (Eds.), The neuropsychology Handbook: Foundations and assessment. 2 nd Ed. New York: Springer Publishing co.

Bergin, A.E., &Strupp, H.H. (1970).New directions in psychotherapy research. Journal of Abnormal psychology, 76, 13-26.

Bersoff, D.N. (1973). Silk Purses into sow's ears: The decline of psychological testing and suggestions for its redemption. American Psychologist, 28,892-899.

Beutler, L.E, Harwood, T.M, & Calwell, R. (2001).Cognitive-behavioral therapy and psychotherapy integration. In K.S.Dobson (Ed.), Handbook of cognitive behavioral therapies. New York: The Guilford Press, 2nd Ed.

Bloom, B.E. (1995). The Internship setting .In G.K.Zammit, J.W. Hull (Eds.) Guide book for clinical psychology interns. New York: Plenum.

Borchardt,J.J,Nash,M.R,Murphy,M.D,Moore,M.,Shaw,D.,& O'Neil,P. (2008). Clinical practice as natural laboratory for psychotherapy research. American Psychologist.63 (2), 77-95.

Boring, E.G. (1969).A history of experimental psychology. New York: Appleton-Century-Crofts.Inc.

Boring, M. D., Boring, E. G. (1948). Masters and pupils among the American psychologists. American Journal of Psychology. 61, 527-534.

Bradley, B.P. (1994). Depression: Treatment. In S.J.E.Lindsay and G.E.Powell (Eds.) The Handbook of clinical adult Psychology. London: Routledge.

Brems, C, Thevenin, D. M., & Routh, D. K. . (1991). The history of clinical psychology. In C.E. Walker (Ed.), Clinical psychology: Historical and research foundations. Applied clinical psychology. New York, US: Plenum Press.

Brown, G. W., Harris, T. (1978). Social origins of depression: A reply. Psychological Medicine. 8(4) 577-588.

Brown, G.W., Birley, J.T., & Wing, J.F. (1972). Influence of family life on the course of schizophrenic disorders: A replication. British Journal of Psychiatry, 121,241-258.

Brown, G.W.and Harris, T. (1978). Social origins of depression. A study of psychiatric disorders in women. London: Tavistock.

Brown, J.S. (1970). Response of a non-clinician to Stimuli provided by behavior therapists. In D.J.Levis (Ed.) Learning approaches to therapeutic behavior change.Chicago: Aldine.

Burton, A., Kantor, R. E. (2964). The touching of the body. Psycho - analytic Review. 51(1) 122-134.

Burtt, H. E., Pressey, S. L. (1957). Henry Herbert Goddard: 1866-1957.

Butcher, J.N., Williams, C.L. (1992). Essentials of MMPI-II and MMPI- A. Interpretation. Minneapolis, MN: University of Minnesota Press.

Butters, N, Cermak, L. S. (1974). The role of cognitive factors in the memory disorders of alcoholic patients with the Korsakoff syndrome.Annals of the New York Academy of Sciences. 233 61- 75.

Cahoon, D.D. (1968).Symptom substitution and the behavior therapies: A reappraisal. Psychological Bulltin, 69,149-156.

Campbell, N.R. (1928). Account of principles of measurement and calculation. London: Longmans.

Carter, B and Mc Goldrick, M. (1989). The changing family life cycle: Framework for family therapy. London: Alyen and Bacon.

Cayleff, S. E. (1986). Ethical issues in counseling gender, race, and culturally distinct groups. Journal of Counseling and Development, 64, 345-347.

Chadwick, P.D., Lowe, C.F. (1990). The measurement and modification of delusional beliefs. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 58, 225-232.

Chalkley, A.J.(1994). Problems related to sexual variation: Treatment .In S. J.E. Lindsay and G.W.Powell (Eds.), The Handbook of Clinical Psychology . London: Routledge.

Chapman, L.J., Chapman, J.P. (1980). Scales for rating psychotic and psychotic-like experiences as continua. Schizophrenia Bulletin, 6,476-489.

Chelune, G.J. (1983, a). Effects of Partialing out Postmorbid WAIS Scores in a Heterogenous Sample: Comment on Golden et al. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 51(6) 932-933.

Chelune, G. J. (1983, b). Effects of partialing out postmorbid WAIS scores in a heterogenous sample: Comment on Golden et al.Journal of Consulting and Clinical Psychology. 51(6) 920-931.

Chelune, G.J., Bornstein, R.A. (1988).WMS-R Patterns among patients with unilateral brain lesions.Clinical Neuropsychologist, 2,121-132.

Clarkin, J F., Haas, G. L. (1988). Assessment of affective disorders and their interpersonal contexts. In J.F. Clarkin, G.L. Hass,

I.D.Glick (Eds.), Affective disorders and the family: Assessment and treatment The Guilford family therapy series. New York: Guilford Press.

Clarkin, J. F., Haas, G. L., & Glick, I. D. (1988). (Eds.) Affective disorders and the family: Assessment and treatment. The Guilford family therapy series. New York: The Guilford Press.

Cobb, J. (1992). Serotonin re-uptake inhibitors in obsessive-compulsive disorder: What is their therapeutic role? .In K.Hawton, P.J.Philip (Eds.), Practical problems in clinical psychiatry. Oxford medical publications. New York: Oxford University Press.

Cohen, S., Cohen, T.A. (1985).Applied multiple regression/ correlation analysis for the behavior sciences.Hillsdale, New Jersy: Erlbaum, 2nd Ed..

Constantine, M. B. & Keilin, W. G. (1996). Association of psychology postdoctoral and internship centers' guidelines and the internship selection process: A survey of applicants and academic internship training directors. Professional Psychology: Research and Practice, 27, 308-314.

Cook, T.D., Campbell, D.T. (1979).Quasi-experimentation: Design and analysis issue for field settings.Chicago: RandMcNally.

Cooper, H. H. (1973). Toward a rational doctrine of rehabilitation.Crime & Delinquency. 19(2) 228-240.

Cooper,J.E,Kendell,R.E.,Gurland,B.J.,Sharpe,LCopeland,J.R.M.,&Simon ,R(1972).Psychiatric diagnosis in New York and London.

New York Oxford University Press.

Crawford, J.R, Garthwaite, P.H. (2005). Testing for Suspected Impair - ments and Dissociations in Single-Case Studies in Neuropsychology:Evaluation of Alternatives Using Monte Carlo Simulations and Revised Tests for Dissociations. Neuro-psychology. 19 (3),

Crits-Christoph, P., Frank, E., Chambless, D.L., Brody, C.,& Karp, J.F. (1995).Training in empirically treatments: What is clinical psychology learning? Professional Psychology: research and Practice, 26(5) 514-422.

Davis, M. H.(1996). Empathy: A social psychological approach.Social psychology series. Boulder: Westview Press.

DeLeon, P. H., Wiggins, J. G. (1996). Prescription privileges for psychologists. American Psychologist, 51, 225_229.

DeLeon, P. H., Fox, R. E. & Graham, S. R. (1991). Prescription privileges: Psychology's next frontier? American Psychologist, 46, 1_10.

DeLeon, P. H., Sammons, M. T. & Sexton, J. L. (1995). Focusing on society's real needs: Responsibility and prescription privileges? AmericanPsychologist, 50, 1022_1032.

Delis, D. S. (1987). New Developments in the Evaluation of Mind-Brain Relationships.PsycCRITIQUES. 32 (6) 508-511.

De Lleon, P. H. (1993). Psychology and the Public Policy/ Political Process: New Roles for "Old" Psychologists, Revisited.General Psychologist. 29(1) A P A.

DeNelsky, G. Y. (1991). Prescription privileges for psychologists: The case against. Professional Psychology: Research and Practice, 22, 188_193.

Dobson, K.S., Backs-Dermott, B.J.,& Dozois, D. (2000).Cognitive and cognitive behavioral therapies. In C.R.Snyder & R.E.Ingram (Eds.), Handbook of Psychological change: psychotherapy processes and practices for the21st century. New York: john Wiley.

Dobson, K. S. (1989). Evaluation of the adequacy of cognitive/ behavioral theories for understanding depression in women: A commentary. Canadian Psychology. 30, 1, 56-58.

Dobson, S, Dozois, D.J (2001).Historical and philosophical bases of thecognitive -behavioral therapies. In K, S.Dobson (ed.) Handbook of Cognitive -Behavioral Therapies. New York: the Guilford Press. 2nd Ed.

Drabman, R. (1985). Graduate training of scientist_practitioner-oriented clinical psychologists: Where we can improve. Professional Psychology: Research and Practice, 16, 623_633.

Dryden, W, Ellis, A. (2001).Rational emotive behavior therapy. In K.S. Dobson (Ed.), Handbook of Cognitive behavioral therapies.

Journal of Abnormal psychology, 76, 13-26.New York: The Guilford Presds.2nd Ed.

D'Zurilla, T.J., Goldfried, M.R. (1971).Problem-solving and behavioralmodification. Journal of Abnormal Psychology, 78,107-126.

D'Zurilla, T.J., Nezu, A.M. (2001). Problem -solving Therapies. In K, S.Dobson (ed.), Handbook of Cognitive -Behavioral Ther-

apies. New York: the Guilford Press. 2nd Ed.

Efron, B. (1971). Forcing a sequential experiment to be balanced, Biometrics, 58,403-417.

Endicott, J, Spitzer, R. L. (1978). A diagnostic interview: The schedule for affective disorders and schizophrenia. Archives of General Psychiatry. 35, 7, 837-844.

Endicott, J., Spitzer, R. L (1978). Schedule for affective disorders and schizophrenia: SADS.Acta Psychiatrica Belgica. 87(4) 361-516.

English, A, Rodgers, M. (1992). Cultural influences on aviator selection.ilitary Psychology. 4(1) 35-47.

Enright, M. F., R, Resnick.R J., Ludwigsen, K. R., & DeLeon, P. H. Hospital practice: Psychology's call to action.Professional Psychology: Research and Practice. 24(2) 135-141

Eysenck, H. (1991). Neuroticism, anxiety, and depression. Psychological Inquiry. , 2(1) 75-76.

Eysenck, H. (1949).Training in clinical psychology.: An English point of view. American Psychologist, 4,173-176.

Eysenck, H. (1959). Learning theory and behavior therapy. Journal of Mental Science, 105, 61-75.

Fagan, T. K. (1996). Historical perspective on the role and practice of school psychology.Canadian Journal of School Psychology. 12 (2) 83-85.

Fauman, M. A. (1994). Study guide to DSM-IV. Washington, DC, US: American Psychiatric Association.

Fink, P. J. (1989). Presidential address: On being ethical in an unethical world. American Journal of Psychiatry, 146, 1097-1104.

Finlayson, M. A.; Johnson, K. A.; Reitan, R. M. (1977). Relationship of level of education to neuropsychological measures in brain-damaged and non-brain-damaged adults. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 45(4) 536-542.

Fischer, J., Corcoran, K. (1994).Measures for clinical practice (Volume 1: Couples, Families and Children): A sourcebook. New York: The Free Press.2nd Ed.

Fromm-Auch, D, Yeudall, L.T. (1983). Normative data for the Halstead- Reitan Neuropsychological Tests.Journal of Clinical Neuropsyc- hology. 5(3) 221-238.

Gabbard, G. O. (1994, a). Reconsidering the American Psychological Association's policy on sex with former patients: Is it justifiable? Professional Psychology: Research and Practice. 25(4) 329-335.

Gabbard, G. O. (1994, b). Psychotherapists who transgress sexual boundaries with patients.Bulletin of the Menninger Clinic. 58(1) 124-135.

Gloria, A. M. & Robinson, S. E. (1994). The internship process: A survey of program training directors and intern candidates. Counseling Psychologist, 22, 474-488.

Goddard, H.H. (1912). Institutions. Journal of Nervous and Mental Disease , 39 217-235.

Goldfried, M.R. (1979).Anxiety reduction through cognitive-

behavioral intervention. In P.C.Kendall &S.D.Hollon (Eds.) Cognitive- behavioral intervention: Theory, research, and procedures. New York: Academic Press.

Golden, C.J., Purisch, A.D., &Hammeke, T.A. (1985).Luria-Nebraska neyropsychological battery: Forms I and II, Manual.Los Angeles: Western Psychological Services.

Goldfried, M.R., Decenteceo, E.T., &Weinberg, L. (1974).Systematic rational restructuring as a self-control technique. Behavior Therapy, 5, 247-254.

Goldstein, H. (1996).Functional considerations in neuropsychology.In R.J.Sbordone, C.J.Long (Eds.), The ecological validity of neuropsychological testing.Winter Park: GR Press.

Goldstein, H. H. (1942). Neuropsychiatric evaluation of the potential soldier.American Journal of Psychiatry. 99 29-32

Goldstein, K. (1944). The mental changes due to frontal lobe damage. Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied. 17 187-208.

Goodman, W. K., Price, L. H. (1992). Assessment of severity and-change in obsessive compulsive disorder.Psychiatric Clinics of North America. 15(4) 861-869.

Gorham, D. R. (1956). A proverbs test for clinical and experimental use.Psychological Reports. 2 (Mono Suppl .1) 1-12.

Gorham, D. R. (1956). Use of the Proverbs Test for differentiating schizophrenics from normals. Journal of Consulting Psychology. 20(6) 435-440.

Goshen, C. E. (1967). Documentary History of Psychiatry. England: Oxford: Philosophical Library.

Grant, D. A., Berg, E.(1948). A behavioral analysis of degree of reinforcement and ease of shifting to new responses in a Weigl-type card-sorting problem. Journal of Experimental Psychology. 38 (4) 404-411.

Greenwald,A.G.,Pratkanis,A.R.,Leippe,M.R.,&Baumgardner,M.H. (1986) .Under what conditions does theory obstruct research progress ? Psychological Review, 93,216-229.

Grossman, H.J. (Ed.). (1983). Classification in mental Retardation . Washington: AAMD.

Guilmette, T. J., Faust, D. (1991). Characteristics of neuro-psychologists who prefer the Halstead-Reitan or the Luria-Nebraska Neurops -ychological Battery. Professional Psychology: Research and Practice. 22, 1, 80-83.

Halstead, W.C. (1947). Brain and intelligence: a quantitative study of the frontal lobes. Chicago: University of Chicago Press.

Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry. 23, 56-61.

Harper, R.A. (1959) Psychoanalysis and Psychotherapy: 36 Systems. Eng -lewood, Calif: Printice Hall.

Hart, R. P., Kwentus, J. A., Hamer, R. M., & Taylor, J. R. (1987). Selective reminding procedure in depression and dementia.Psychology and Aging. 2 (2) 111-115.

Hayes, S. C. & Heiby, E. (1996). Psychology's drug problem: Do we

need a fix or should we just say no? American Psychologist, 51,198_206.

Heaton, R.K, Ryan, L, Grant, I, &Matthewa, C.G (1996). Performance. In I.Grant, K.M.Admas (Eds.) Neuropsychological assessment of neuropsychiatric disorders. New York: Oxford University Press, 2nd Ed.

Heaton, R.K., Marcotte, T. D., White, D. A., & Ross, D., (1996). "Nature and vocational significance of neuropsychological impairment associated with HIV infection": Erratum.Clinical Neuropsychologist. 10(2) 236.

Heaton, R.K., Grant, I., & Matthews, C.G. (1991).Comprehensive norms for expanded Halstead-Reitan Battery.Odessa, FL: Psychological Resources.

Hecker, J.E., Fink, C.M., Levassur, J.B, & Parker, J.D. (1995). Perspectives on practicum: A survey of directors of accredited PhD programs and internships (Or, what is a practiumhour, and how many do I need?). Professional Psychology: Research and Practice, 26(2)205-210.

Hemsley, D. R. (1994). A cognitive model for schizophrenia and its possible neural basis. Acta Psychiatrica Scandinavica Supplementum.l 90(384, Suppl) 80-86.

Henley, N. M. (1973). Status and sex: Some touching observations. Bulletin of the Psychonomic Society. 2(2) 91-93.

Hilliard, A. G. (1985). Multicultural dimensions of counseling and human development in an age of technology. Journal of Nonwhite Concerns, 13, 17-27.

Hochanadel, G. S. (1991). Neuropsychological changes in aging: A process-oriented error analysis.Dissertation Abstracts International. 52(4-B), 2347.

Holmbeck, G.N. (1998). Toward terminological, conceptual, and statis - tical clarity in the study of mediators and moderators: Examples from the child clinical and pediatric psychology literatures. In A. E. Kazdin (Ed.) Methodological Issues Strategies in Clinical Research. American Psychological Association.2nd Ed.

Hollon, S. D., Shelton, R. C., & Loosen, P. T. (1991). Cognitive therapy and pharmacotherapy for depression.Journal of Consulting and Clinical Psychology. 59(1) 88-99.

Holroyd, J. C., Brodsky, A. M. (1979). Psychologists' attitudes and practices regarding erotic and nonerotic physical contact with patients.American Psychologist. 32(10) 843-849.

Holroyd, J. C., Brodsky, A. M. (1980). Does touching patients lead to sexual intercourse? .rofessional Psychology. 11(5) 807-811

Horton, M. (1996). Alienation and social identity: The bringing together of two theoretical paradigms. In G.M. Breakwell, E.Lyons (Eds.) Changing European identities: Social psychological analyses of social change. International series in social psychology. Woburn, MA: Butterworth-Heinemann

Horton Jr., A. M. (1997). Behavioral neuropsychology: Problems and pros-pects. In A.M.Horton Jr., D.Wedding, J.Webster (Eds.). The neuropsychology handbook, Vol. 2: Treatment issues and

special populations. New York: Springer Publishing Co. 2nd Ed.

Horton Jr., A. M, Wedding, D. (1984).Clinical and behavioral neuropsychology: An introduction.New York: Praeger.

Horton Jr., A. M., Wedding, D, Webster, J (Eds.). (1997). The neuropsychology handbook: Foundations and assessment. (Vol.1) New York: Springer Publishing Co.2nd Ed.

Horton Jr., A. M., Wedding, D, & Webster, J (Eds.). (1997). The neuropsychology handbook: Treatment issues and special populations (Vol.2) New York: Springer Publishing Co.2nd Ed.

Hsu, L. M. (1989). Random sampling, randomization, and equivalence of contrasted groups in psychotherapy outcome research.Journal of Consulting and Clinical Psychology. 57(1) 131-137.

Hubble, M. A., Noble, F. C., &Robinson, S. E. (1981). The effect of counselor touch in an initial counseling session.Journal of Counseling Psychology. 28(6) 533-535.

Hunt, A. W. (1964). Casework. British Journal of Criminology. 4(3) 239- 252.

Hurt, S, Tomoyasu, N. (1995). Psychological testing and assessment. In.G.K. Zammit, J.Hull (Eds.). Guidebook for clinical psychology interns. Applied clinical psychology. New York: Plenum Press.

Incagnoli, T, Kane, R. (1981). Neuropsychologieal functioning in Gilles de la Tourette's syndrome. Journal of Clinical Neuropsychology. 3 (2) 165-169.

Jaccard, J., Turrisi, R., &Wan.C.K. (1990).Interaction effects in multiple regression. Newbury Park, CA: Sage.

Jaccard,J.,Turrisi,R..,&Wan.C.K.(1996).LISRELapproachesto interaction effects in multiple regression .Thousand Oaks,CA:Sage.

James, L.R., Brett, J.M. (1984).Mediators, Moderators, and tests of mediation. Journal of Applied Psychology, 69,307-321.

Jones, E. (1955). The life and work of Sigmund Freud. Years of maturity. 1901-1919. Oxford, England: Basic Books. Vol. 2.

Jones, J. M. (1991). The greening of psychology. Advancing the PublicInterest, 3, 7-8.

Joy L., Miller, T. P., &Tinklenberg, J. R. (1992). Correlates of memory decline: A 4-year longitudinal study of older adults with memory complaints.Psychology and Aging. 7(2) 185-193.

Kane, R. L, sweet, J, Golden, C.J, Parsons, O.A, Moses, J.A. (1981). Comparative diagnostic accuracy of the Halstead-Reitan and standardized Luria-Nebraska neuropsychological batteries in a mixed psychiatric and brain-damaged population.Journal of Consulting and Clinical Psychology. 49(3) 484-485.

Kaplan, R. F., Verfaellie, M, Meadows, M, &Caplan, L. R. (1991). Changing attentional demands in left hemisphere neglect.Archives of Neurology. 48(12) 1263-1266.

Kazdin, A.E. (1982). Single-case research designs: Methods for clinical and applied settings. New York: Oxford University Press.

Kazdin, A.E. (1986).Comparative Outcome studies in psychotherapy: Methodological issues and strategies. Journal of Consulting and

Clinical Psychology, 54, 95-105.

Kazdin, A.E. (1992). Research design in clinical psychology. Boston: Allyn &Bacon .2nd Ed.

Kazdin, A.E. (Ed.) (1998). Methodological issues strategies in clinical psychology. Washington, DC, American Psychological Association. 2nd Ed.

Kendall, P.C., Bemis, K.M. (1983) .Thought and action in psychotherapy: The cognitive-behavioral approach. In M.Hersen, A.E. Kazdin & A.S .Bellack (Eds.) The Clinical psychology handbook. New York: Pergamon Press.

Kenneth .P.S., Tabachnick, B. G., &Keith-Spiegel, P. (1987). Ethics of practice: The beliefs and behaviors of psychologists as therapists. American Psychologist, 42, 993-1006.

Kernberg, O. F. (1984). The couch at sea: Psychoanalytic studies of group and organizational leadership. International Journal of Group Psychotherapy. 34, 1, 5-23.

Kimble, G.A. (1989). Psychology from the Standpoint of a Generalist. American Psychologist, 44,491-499.

Klein, M, Dittman, A.T., Parloff, M.B., &Gill, M.M. (1969).Behavior therapy: Observations and reflections. Journal of Consulting Psychology. 33, 259-266.

Kraemer, H.C. (1981).Coping Strategies in Psychiatric Clinical Research. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 49,309-319.

Krugman, M. (1945).Recent developments in clinical psychology.

Journal of Consulting Psychology, 9,342-353.

Kusserow, R. P. (1988). Office of Inspector General, semiannual report to the Congress, October 1, 1987_March 31, 1988. Washington, DC: Government Printing Office.

Kutash, S. B. (1957). Ambulatory (borderline) schizophrenia: Psycho diagnostics and implications from psychological data.American Journal of Orthopsychiatry. 27, 667-676.

Lazarus, A.A. (1997).Brief but compressive psychotherapy: The multimodal way. New York: Springer Publishing Company, Inc.

Liddle, P. F. (1987). Schizophrenic syndromes, cognitive performance and neurological dysfunction. Psychological Medicine. 17(1) 49- 57.

Likierman, H., Rachman, S. J. (1980). Spontaneous decay of compulsive urges: Cumulative effects. Behavior Research and Therapy. 18(5) 387-394.

Lindsay, S.J.E., Powel, G.E, (1994). (Eds.). The Handbook of clinical adult psychology. London: Rutledge.

Lopez, S. J., Oehlert, M. E. & Wettersten, K. B. (1997). Trends in the supply of and competition for APA-accredited internships: 1988_1997. APPIC Newsletter, 22, 6, 27_28.

Lubin, B, Larsen, R. M., Matarazzo, J. D., &Seever, M. (1985). Psychological test usage patterns in five professional settings. American Psychologist. 40(7) 857-861.

Luria, A. (1973).The working brain. New York: Basic Books.

Luria, A. (1980).Higher cortical functions in man New York: Basic Books. 2nd Ed.

Maccoby, E. E., Jacklin, C. N. (1974). Myth, reality and shades of gray: What we know and don't know about sex differences.Psychology Today. 8(7) 109-112.

Mahrer, A.R. (1988). Discovery-Oriented psychotherapy research: Ratiionale, Aims, and Methods. American Psychologist, 43,694-702.

Marks, I. M. (1969). Fears and phobias.Oxford, England: Academic Press.

Marks, I.M. (1976).Current status of behavioral psychotherapy: Theory and practice. American Journal of Psychiatry, 133-253.

Marks, I.M. (1981). Psychiatry and behavioural psychotherapy. British Journal of Psychiatry. 139, 74-78.

Marks, I.M. (1982). Toward an empirical clinical science: Behavioral psychotherapy in the 1980s. Behavior Therapy. 13, (1) 63-81.

Martin, S. (1995) APA to pursue prescription privileges. APA Monitor, p.6.

Masling, J. (1960). The influence of situational and interpersonal variables in projective testing.Psychological Bulletin. 57(1) 65-85.

Maxmen, J.S, Ward, N.G. (1995).Essential psychopathology and its treatment. New York: W.W.Norton&Co.2nd Ed.

McKenna, P., Warrington, E. K. (1996). Assessment. In I. Grant, K.M.Admas (Eds.) Neuropsychological assessment of neuro-

psychiatric disorders. New York: Oxford University Press 2nd Ed.

McReynolds, P. (1996). Lightner Witmer: A centennial tribute. American Psychologist. 51(3) 237-240.

McReynolds, P. (1996). Looking at clinical psychology: Remembrance of things past. PsycCritiqes , 41(4) 322-324.

Meyer,V. (1957).Comments on A .J Yates" Misconceptions about behavior therapy: A point of view. Behavior Therapy.1, 108-112.

Milberg, W, Greiffenstein, M, Lewis, R, Rourke, D. (1980). Differentiation of temporal lobe and generalized seizure patients with the WAIS.Journal of Consulting and Clinical Psychology. 48(1) 39-42.

Millon, T. (1997).the Million inventories: Clinical and personality assessement.New York: The Guilford Press.

Millon, T. (1983). The DSM-III: An insider's perspective.American Psychologist. 38(7) 804-814.

Mio, J.S, Morris, D.R. (1990). Cross cultural issues in psychology training: An invitation for discussion. Professional Psychology: Research and Practice, 21(6)434-441.

Moehle, K. A., Levitt, E. E. (1991). The history of the concepts of fear and anxiety.In C, E.Walker.In (Ed.) Clinical psychology: Historical and research foundations. Applied clinical psychology. New York: Plenum Press.

Mora, C. E. (1985). Modification of response hierarchy and its effects of inference and cognitive structures. Dissertation Abstracts

International. 45(12-B, Pt 1), 3997

Moras, K, Barlow, D. (1992). Definitions of secondary depression: Effects on co morbidity and outcome in anxiety disorders. Psychopharmacology Bulletin. 28(1) 27-33.

Morgan, C. D., Murray, H. H. (1935). A method for investigating fantasies: the Thematic Apperception Test. Archives of Neurology & Psychiatry , 34, 289-306.

Morris, R.J. (1988).Fear reduction methods. In F.H.Kanfer&A.P. Goldstein (Eds.).Helping people change. New York: Pergamon Press. 3ed Ed.

Morrison, J. (1995). DSM-IV made easy: The clinician's guide to diagnosis .New York: Guilford Press.

Moses, J. A. (1987). Item analysis of the Luria-Nebraska Neuropsych - ological Battery clinical and summary scales.International Journal of Clinical Neuropsychology. 9(2) 83-88.

Murray, B. (1995, April). Survey sparks call for changes in internship. Monitor APA, p. 48.

Nelson, A. G. (1947). An extension project in counseling. School & Society. 66 284-287.

Nisbett, R.E., Wilson, T.D. (1777).Telling more than we can know: verbal reports on mental processes. Psychological Review, 84,231- 259.

O' Donohue, W., Plaud, J. J., Mowatt, A. M., &Fearon, J. R (1989). Current status of curricula of doctoral training programs in clinical psychology . Professional Psychology: Research and Prac

-tice. 20, 3, 196-197.

Parsons, O. A., Prigatano, G. P. (1978). Methodological considerations in clinical neuropsychological research. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 46(4) 608-619

Payton, C.R. (1993). Review of APA accreditation criterion II. Professional Psychology: Research and Practice, 24(2)130-132.

Piotrowski, C, Keller, J. W. (1989). Psychological testing in outpatient mental health facilities: A national study.Professional Psychology: Research and Practice. 20(6) 423-425.

Pope, K. S., Tabachnick, B. G. & Keith-Spiegel, P. (1987). Ethics of practice: The beliefs and behaviors of psychologists as therapists. American Psychologist, 42, 993-1006.

Pope, K.S. (1990). Ethical and malpractice issues in hospital practice. American Psychologist, 45(9) 1066-1070.

Pope, K. S. (1994). Therapist-patient sexual involvement. In L.E.A. Walker (Ed.), Abused women and survivor therapy: A practical guide for the psychotherapist. Washington, DC: American Psychological Association.

Rachman, S, Hodgson, R., &Marks, I. M. (1997). The treatment of chronic obsessive-compulsive neurosis. In D.J.Stein, M.H. Stone (Eds.) Essential papers on obsessive-compulsive disorder. New York New York University Press.

Rachman, S., Hodgson, R. (1980).Obsessions and compulsions. Englewood Cliffs: Printice Hall.

Reichenberg, N, Raphael, A. J. (1992). Advanced psychodiagnostic

interpretation of the Bender Gestalt Test: Adults and children.New York: Praeger Publishers.

Reisman, J.M. (1981).History and current trends in clinical psychology. In C.E.Walker (Ed.) Clinical practice of psychology. New York: Pergamon General Psychology Series.

Reitan, R. M. (1974). Methodological problems in clinical neuropsychology.In.R. M.Reitan , L. A. Davison (Eds.). Clinical neuropsychology: Current status and applications.Oxford, England: V. H. Winston & Sons.

Reitan, R. M.; Wolfson, D.(1988). The Halstead-Reitan Neuropsychological Test Battery and REHABIT: A model for integrating evaluation and remediation of cognitive impairment. Cognitive Rehabilitation. 6(3) 10-17.

Reitan, R. M.; Wolfson, D. (1990). The significance of the Speech-Sounds Perception Test for cerebral functions.Archives of Clinical Neuropsychology. 5(3) 265-272.

Reitan, R. M.; Wolfson, D.; Hom, J. (1992, a). Left cerebral dominance for bilateral simultaneous sensory stimulation? . Journal of Clinical Psychology. 48(6) 760-766.

Reitan, R. M.; Wolfson, D. (1992, b). A short screening examination for impaired brain functions in early school-age children.Clinical Neurophysiologist. 6(3) 287-294.

Reitan, R. M.; Wolfson, D. (1992, c). Conventional intelligence measurements and neuropsycholgical concepts of adaptive abilities.Journal of Clinical Psychology. 48(4) 521-529.

Reitan, R. M.; Wolfson, D. (1996, a). Diminished effect of age and education on neuropsychological test performances of older children with learning disabilities.Child Neuropsychology. 2(1) 11-16.

Reitan, R. M.; Wolfson, D. (1996, b). Relationships between specific and general tests of cerebral functioning.Clinical Neuropsychologist. 10(1) 37-42.

Reitan, R. M., Wolfson, D. (1997). Does Litigation Affect Performance? Clinician's Research Digest, 15, 7.

Retzlaff, P. (1997). The MCMI as a treatment planning tool.. In T. Millon (Ed.). The Millon inventories: Clinical and personality assessment. New York, Guilford Press.

Reynolds, J. M. (1996). Motivations for type of therapist chosen by psychotherapists. Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering. 56(8-B), Feb 1996, 4591

Rickard, H.C, Clements, C.B. (1993). Critique of APA accreditation II cultural and individual differences, Professional Psychology: Research and Practice, 24(2)123-126.

Roback, A. A., Kiernan, T. (1969). Pictorial history of psychology and psychiatry, England: Oxford Philosophical Library.

Robertson, S. C. (1989). Individual and family influences on the rehabilitation process.International Journal for the Advancement of Counselling. 12(2) 165-172.

Robertson, M. M., Eapan, V. (1992). Pharmacologic controversy of CNS stimulants in Gilles de la Tourette's syndrome.Clinical

Neuropha - rmacology. 15(5) 408-425

Robey,R.R.,Schultz,M.C.,Crawfold,A.B..,&Sinner,C.A.(1999).Single-subject clinical-outcome research :Designs,data,effect size, and analysis.Aphasiology,13,445-473.

Rorschach, H. (1970).The form interpretation test. In B.Semeonoff (Ed.) Personality Assessment.Middlesex: Penguin Books,2nd Ed.

Routh, D. K. (1994). Clinical psychology since 1917: Science, practice, and organization. Applied clinical psychology. New York, NY, US: Plenum Press.

Russell, C.D. (1970).D. Procedural and theoretical extensions of the risky- shift phenomenon.Dissertation Abstracts International. 31(6-A), 3035.

Ruth, D. K., Daugherty, Timothy K. (1992). Conduct disorder.In S.R.Hooper, G.W.Hynd, R.E.Mattison (Eds.). Child psycho-patho - logy: Diagnostic criteria and clinical assessment. Hillsdale, NJ, England: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.

Ruth. H. (1994). Midwestern Psychological Association: Report of the Sixty-Sixth Annual Meeting. American Psychologist. 49(12) 1071- 1072.

Saeman, H. (1996). California prescription bill is dead for '96. The National Psychologist, 5, 1, 3.

Sanchez-Hucles, J. & Cash, T. F. (1992). The dissertation in professional psychology programs: 1. A survey of clinical directors on requirements and practices. Professional Psychol-

ogy: Research and Practice, 23, 59-62.

Sanderson, W. C., Barlow, D. H. (1991): Historical and research foundations. Applied clinical psychology. New York: Plenum Press.

Sawicki, R. F., Golden, C. J. (1984). Multivariate statistical techniques in neuropsychology: I. Comparison of orthogonal rotation methods with the Receptive scale of the Luria-Nebraska Neuropsycho - logical Battery. International Journal of Clinical Neuropsyc- hology. 6(2) 126-134.

Schmidt, W. C. (1996). 'Inhibition of return" without visual input. Neuro -psychologia. 34(10) 943-952.

Seidman, J. (1983). Schizophrenia and brain dysfunction: An integration of recent neurodiagnostic findings.Psychological Bulletin. 94(2) 195-238.

Shakow, D. (1973). History and development of postdoctoral clinical training. In I. B. Weiner (Ed.), Postdoctoral education in clinical psychology .Topeka, KS: The Menninger Foundation.

Shakow, D. (1946). The Worcester internship program. Journal of Consulting Psychology. 10(4) 191-200.

Shallice, T. (1988). Specialization within the semantic system.Cognitive Neuropsychology. 1988 5(1) 133-142.

Shapely, C.F. (1987). Time- series analysis of behavioural data: An update.Behaviourl Chamge.4, 40-45.

Shallice, T. (1988). Specialisation within the semantic system.Cognitive Neuropsychology. 5(1) 133-142.

Shapiro, D.A& Shapiro.D. (1983).Comparative therapy outcome research: Methodological implications of meta-analysis. Journal of consulting and Clinical Psychology, 51, 42-53.

Shapiro, D.A& Shapiro.D. (1982).Meta-analysis of comparative therapy outcome studies: A replication and refinement. Psychological Bulletin, 92,581-604.

Sharply, C.F., Alavosius.M.P. (1988).Autocorrelation in behavioral data: An alternative prespective, Behavioral Assessment, 10,243-251.

Shipley, W. C. (1940). A self-administering scale for measuring intellectual impairment and deterioration. Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied. 9, 371-377.

Simons, R.L., Lorenz, F.O., Wu, C.I., &Conger, R.D. (1993).Social network and marital support as mediators and moderators of the impact of stress and depression on parental behavior. Developmental Psychology, 29,368-381.

Smith, L. A., Williams, J. M. (2005). Developmental differences in understanding the causes, controllability and chronicity of disab - ilities. Child: Care, Health and Development. 31, 4, 479-488

Smith, P., William, SA. (2005). offenders. Journal of Contemporary Criminal Justice. 21, 4, 364-385.

Snijders, J.th, Snijders.O.N. (1970).Non verbal intelligence tests for deaf and hearing subjects: S.O.N Snijders-Omen nonverbal intelligence scale.Groningen, Holland: Wolters Noor dhoff NV, 4th Ed.

Solomon, R. L., Kamin, L. J., & Wynne, L. C. (1953). Traumatic avoidance learning: the outcomes of several extinction procedures with dogs.The Journal of Abnormal and Social Psychology. 48(2) 291-302.

Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., Kroenke, K. , Linzer, M., (1994). Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care: The PRIME-MD 1000 study.JAMA: Journal of the American Medical Association. 272, 22, 1749-1756.

Stedman, J. M., Costello, R. M., Gaines, T., Solway, K. S., Zimet, C. N. & Carrington, C. H. (1991). The Journal of Training and Practice in Professional Psychology, 5, 7_22.

Steiner, C. E, Acosta, A. X, Guerreiro, M. M, Marques-de-Faria, A. P. (2007). Genotype and natural history in unrelated individ - uals with Phenylketonuria and autistic behavior. Arquivos de Neuro- Psiquiatria. 65(2) 202-205.

Steiner, M, Dunn, E, &Born, L. (2003). Hormones and mood: From menarche to menopause and beyond. Journal of Affective Disorders. 74(1) 67-83.

Stockwell, S. R., Dye, A .I. (1980). Effects of counselor touch on counseling outcome.Journal of Counseling Psychology. 27(5) 443- 446.

Strupp, H.H. (1996).The tripartite model of the consumer reports study. American Psychologist.51, 1017-1024.

Stuss, D. T., Benson, D. F. (1987). The frontal lobes and control of cognition and memory. In E. Perelman (Ed.), The frontal lobes

revisited. New York: The IRBN Press.

Sundberg, N.D., Tyler, Leona E. (1962). Practice. East Norwalk, CT, US: Appleton-Century-Crofts.

Tarrier, N. (1991). Changes in the electrodermal activity of schizophrenic patients associated with change in the expressed emotion status of their relatives. Psychopathology. 24(4) 203-208.

Thompson, L. L., Heaton, R. K., Matthews, C. G., & Grant, I. (1987). Comparison of preferred and no preferred hand performance on four neuropsychological motor tasks.Clinical Neuropsychologist, 1(4) 324-334.

Tuma J. M., Cerny J. A. (1976). The internship marketplace: The new depression? American Psychologist, 31, 664_670.

Ullmann, L.P., Krasner, L. (1965).Case studies in behavior modification. New York: Holt Rinhart&Wilson.

VanReken, M.K. (1981).Psychological assessment and report writing .In C.E.Walker (Ed.) Clinical practice of psychology. New York: Pergamon Press.

Walker, C, E. (Ed.). (1991). Clinical psychology: Historical andresearch foundations. New York: Plenum.

Walker, C.E. (Ed.). (1981). Clinical practice of psychology. New York: Pergamon General Psychology Series.

Weick, K.E. (1979). The Social Psychology of Organizing. Reading, MA, Addison-Wesley, 2nd Ed.

Weiner, I. B. (Ed.) (1973). Postdoctoral education in clinical psychol-

ogy. Topeka, KS: The Menninger Foundation.

Weissman, M. M., Bothwell, S. (1976). Assessment of social adjustment by patient self-report.Archives of General Psychiatry. 33(9) 1111- 1115.

Wheeler, L.; Reitan, R. M.(1962). Presence and laterality of brain damage predicted from responses to a short aphasia screening test.Perceptual and Motor Skills. 15(3) 783-79.

Witcher, S. J., Fisher, J. D. (1979). Multidimensional reaction to therapeutic touch in a hospital setting. Journal of Personality and Social Psychology. 37(1) 87-96.

Wicker, A.W. (1985). Getting Out of Our Conceptual Ruts: Strategies for Expanding Conceptual Framworks.American Psychologist, 40, 1094- 1103

Widiger, T. A., Frances, A. J., Pincus, H. A., Davis, W. W.,& First, M. B. (1991). Toward an empirical classification for the DSM-IV.Journal of Abnormal Psychology. 100(3) 280-288.

Wilson, S.L. (1995).Single case experimental designs. In: Breakwell, G. M, Hammond, S., & Fife-schaw, C (Eds.), Research Methods in Psychology.London: SAGE Pub.

Wing, J. K. (1976). Classification of psychiatric disorders. Psychiatric Annals. 6, 8, 7-80.

Witmer, L. (1897). Courses in Psychology for Normal Schools. Education Review. XIII 45-57, 146-162

Witmer, L. (1907). Clinical psychology. Psychological Clinic, 1, I-9.

Witmer, L. (1920). Orthogenic cases. XIV. Don: a curable case of arrested development due to a fear psychosis the result of shock in a three-year-old infant. Psychological. Clinic. 13 97- 111.

Witmer, L. (1925). Psychological diagnosis and the psychonomic orientation of analytic science.Psychological Clinic, 16, 1-8.

Woerhide, K. (1997). Summary of results: Demand for predoctoral internships ((Research report). Washington, DC: American Psychological Association.) .

Wolberg, L.R. (1954). The technique of psychotherapy.Oxford: Grune and Stratton.

Wolpe, J. (1985). The practice of behavior therapy.Oxford: Pergamon Press. 2nd Ed.

Wolpe, J. (1978).Self-efficacy theory and psychotherapeutic change: A square peg for a round hole. Advanced Behavior Research, 1,231. (b).

Wolpe, J., Lazarus, A.A (1966) .Behavior therapy Techniques: guide to the treatment of neurosis. New York: Pergamon.

Wolpe, J., Flood, J. (1970).The effect of relaxation on galvanic skin response to repeated phobic stimuli in ascending order. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry.1:195.

Woods, N. F. (1994). Response to "Testing the theory of transcending options: Health behaviors of single parents."Scholarly Inquiry for Nursing Practice. 8(2) 203-205.

Yates, A.J. (1970). Misconceptions about behavior therapy: A point of view. Behavior Therapy.1, 1, 92-107.

Young, J.E. (1999).Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused Approach.Sareasota: Professional Resource Press. 3rd Ed.

Young, J.E., Weinberger, A.D., Beck, A.T. (2001).Cognitive therapy for depression. In: D.H.Barlow (Ed.) Clinical Handbook of psychological disorders. New York: The Guilford Press.3rd Ed.

Yule, W. (1987).Evaluation of treatment programs. In: W.Yule & J.Carr (Eds.), Behavior modification for people with mental handicap. London: Chapman and Hall.

Zammit, G. K. (1995). The diagnosis of mental disorders using the DSM- IV.In J.W.Hull (Ed.) Guidebook for clinical psychology interns. Applied clinical psychology. New York: Plenum Press.

Zilboorg, G., Henry, G.W. (1941). A history of medical psychology. London: Oxford: Norton & Co.

# مصطلحات

## A

| | |
|---|---|
| حساب | Arithmetic (C9) |
| نصف المخ الأيسر | Left hemisphere (S2) |
| تصميم السحب أ – ب | A-B withdrawal design |
| هجر | Abandonment |
| استغلال أو إساءة معاملة | Abuse |
| تراكم | Accumulation |
| تقبل | Acquiescence |
| تصميم عبر المواقف | Across settings design |
| تصميم عبر الأفراد | Across subjects design |
| مريض بأعراض حادة | Acute patient |
| شعور أو عاطفة | Affect |
| تنبه | Alertness |
| اغتراب | Alienation |
| مرض الزهايمر | Alzheimer disease |
| اضطراب النسيان | Amensia |
| رابطة الطب النفسي الأمريكية | American Psychiatric Association |
| رابطة علم النفس الأمريكية | American Psychological Association |
| تدبر الغضب أو التحكم فيه | Anger management |
| مغناطيسية حيوانية | Animal magnetism |
| أمامي | Anterior |
| اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع | Antisocial personality disorder |
| قلق | Anxiety |
| اضطراب القلق | Anxiety disorders |
| حبسة لفظية | Aphasia |
| اختبار مسح الأفازيا (الحبسة اللفظية) | Aphasia Screening Test (AST) |

| | |
|---|---|
| Apraxia | فقدان التآزر الحركى |
| Arousal | إثارة |
| Assertiveness training | تدريب على التوكيدية |
| Assessment | قياس أو تقييم |
| Associated features | ملامح أو أعراض مصاحبة |
| Asylums | بيمارستان (مؤسسة مرضى عقليين) |
| Attention deficit disorder (ADD) | اضطراب آفات الانتباه |
| Attention span | مدى الانتباه |
| Autism | توحد |
| Autistic | متوحد |
| Autocorrelation | ارتباط ذاتى |
| Automatic Thought | فكرة آلية |
| Average Impairment Rating (AIR) | متوسط تقديرات العجز |
| Aversion Therapy | علاج تنفيرى |
| Aversive Conditioning | تشريط تنفيرى |
| Aversive technique | أسلوب تنفيرى |
| Avoidant personality disorder | اضطراب الشخصية التجنبية |
| Axis I | محور |

## B

| | |
|---|---|
| Base Rate | معدل قاعدى |
| Beck Depression Inventory | بطارية بيك للاكتئاب |
| Beets | نقرات |
| Behavior | سلوك |
| Behavior Change | تغيير السلوك |
| Behavior Control | تحكم فى السلوك |
| Behavior Counseling | إرشاد سلوكى |
| Behavior modification | تعديل السلوك |

| | |
|---|---|
| Behavior therapy | علاج سلوكى |
| Behavioral assessment | تقييم سلوكى |
| Behavioral Rehearsal | بروفة سلوكية |
| Bender Gestalt Visual Motor Test | اختبار بندر – جشطالت البصرى الحركى |
| Benton Visual Retention Test (BVRT) | اختبار بنتون للاحتفاظ البصرى |
| Biochemical | حيوى كيميائى |
| Biological intelligence | ذكاء حيوى |
| Biological structure | بنية حيوية |
| Blind clinical investigation | فحص إكلينيكى معمى |
| Blind clinical ratings | تقديرات إكلينيكية معماة |
| Borderline personality disorder | اضطراب الشخصية الحدية |
| Brain damage | تلف مخى |
| Brain imaging | تصوير للمخ |
| Brain pathology | أمراض المخ |

## C

| | |
|---|---|
| Receptive Speech | حديث استقبالى |
| Case Conference | مؤتمر دراسة الحالة |
| Case study | دراسة الحالة |
| Casually | عرضى أو موقفى |
| Central nervous system (CNS) | الجهاز العصبى المركزى |
| Cerebral Cortex | لحاء المخ |
| Cerebral pathology | أمراض المخ |
| Chronic | مريض باضطراب مزمن |
| Circumlocutory | تكرارى |
| Circumstantial | بيئى أو موقفى |
| Cirrhosis | تليف كبدى |

| | |
|---|---|
| Classical Conditioning | تشريط كلاسيكى |
| Clinical | عيادى |
| Clinical Psychology | علم النفس العيادى (الإكلينيكى) |
| Closed head injury | إصابة دماغ داخلية |
| Cognition | معرفة |
| Cognitive skill | مهارة معرفية |
| Cognitive behavioral | معرفى سلوكى |
| Cognitive Behavior Therapy | علاج معرفى سلوكى |
| Cognitive compensation | تعويض معرفى |
| Cognitive Content | مضمون معرفى |
| Cognitive insight therapy | علاج بالاستبصار المعرفى |
| Cognitive modification | تعديل معرفى |
| Cognitive Restructuring | إعادة تشكيل البنية المعرفية |
| Cognitive style | نمط معرفى |
| Cognitive therapy | علاج معرفى |
| Cognitive triad | مثلث معرفى |
| Communication disorder | اضطراب التواصل |
| Complications of pregnancy, | تعقيدات الحمل |
| Computed tomography (CT) | رسم طبقى أو مقطعى بأشعة إكس |
| Computer | حاسب آلى (كمبيوتر) |
| Concentration | تركيز |
| Concreten | عيانى |
| Conditioned Stimulus | منبه شرطى |
| Conditioning Therapy | علاج تشريطى |
| Confidence interval | فترة ثقة |
| Constructional Task | مهمة بنائية |
| Consulting Psychology | علم النفس الاستشارى |

| | |
|---|---|
| Coping skills Therapy | متغير ضابط |
| Counter conditioning | علاج بمهارات التغلب |
| C | تشريط عكسى |
| Covariate | تباين مشترك |
| Cretinism | قصاع |
| Critical level | مستوى جوهرى |

## D

| | |
|---|---|
| Deception | خداع |
| Defectiveness | نقص |
| Delirium | هذيان |
| Dementia | عته |
| Denial of social anxiety | إنكار القلق الاجتماعى |
| Dependant personality disorder | اضطراب الشخصية الاعتمادية |
| Dependence | اعتماد |
| Depressive Triad | المثلث الاكتئابى |
| Descriptive | وصفى |
| Desensitization | تسكين أو تبليد |
| Desychrony | لاتزامن |
| Deviation | انحراف |
| Diagnosis | تشخيص |
| Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders | الدليل التشخيصى والإحصائى للاضطرابات العقلية |
| Dichotomous | ثنائي |
| Dimensional | بعدى |
| Discipline | نظام (علمى) |
| Disconnection | انفصال |
| Disconnection and Rejection | انفصال ورفض |

| | |
|---|---|
| Disease | مرض |
| Diseases of the blood | أمراض الدم |
| Diseases of the circulatory system | أمراض الجهاز الدورى (الدموى) |
| Diseases of the digestive system | أمراض الجهاز الهضمى |
| Diseases of the genitourinary system | أمراض الجهاز التناسلى |
| Diseases of the musculoskeletal system and connective tissue | أمراض الهيكل العظمى والاربطة |
| Diseases of the nervous system | أمراض الجهاز العصبى |
| Diseases of the respiratory system | أمراض الجهاز التنفسى |
| Diseases of the skin and subcutaneous tissue | أمراض الجلد والأنسجة تحت الجلد |
| Disinhibition | انعدام الكف |
| Dissociative disorders | اضطراب التفكك |
| Disturbed associations | ارتباطات أو صلات مختلطة |
| Down syndrome | زملة داون |
| Drive | حافز |
| Drug | عقار أو مخدر |
| Dynometer | مقياس قوة قبض اليد (دينوميتر) |
| Dysarthria | فساد النطق |
| Dyslexia | حبسة تعبيرية |
| Dysprosody | تلغيم |
| Dysthymia | مزاج اكتئابى |

## E

| | |
|---|---|
| Eating disorder | اضطرابات الأكل |
| Effect size | حجم التأثير |
| Ego analysis | تحليل الأنا |
| Electrolyteimblance | عدم توازن التحليل الكهربائى |

| | |
|---|---|
| Electrophysiological manifestation | النشاط الكهربائى الفسيولوجى للمخ |
| Elimination disorder | اضطراب الإهمال |
| Emotional Deprivation | حرمان انفعالى أو وجدانى |
| Emotional Inhibition | كف انفعالى |
| Empirical | تجريبى |
| Endocrine Nutritional disorder | اضطراب الغدد الصماء |
| Error of central tendency | خطأ النزعة المركزية |
| Essential features | ملامح أساسية |
| Ethical Code | ميثاق أخلاقى |
| Ethical Code of Conduct | ميثاق لأخلاقيات السلوك |
| Ethical principles of psychologists | المبادىء الأخلاقية للأخصائيين النفسيين |
| Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct | المبادىء الأخلاقية ومعايير السلوك للأخصائيين النفسيين |
| Etiology | أسباب المرض |
| Exclusion | استبعاد |
| Exclusion criteria | محك استبعاد |
| Existential Therapy | علاج وجودى |
| Exposure | تعرض |
| Expressive | تعبيرى |
| Expressive acts | أفعال تعبيرية |
| Expressive Speech | حديث تعبيرى |
| Extemporaneous speech | حديث مرتجل |
| Extinction | امتداد |
| Extraversion | انبساط |
| Eysenck Personality Inventory | بطارية ايزنك للشخصية |
| Eysenck Personality Questionnaire (EPQ) | استخبار ايزنك للشخصية |

## F

| | |
|---|---|
| Facial apraxia | عمه وجهى |
| Factitious disorder | اضطراب التصنع |
| Factor-Scale Measures | مقياس عاملى |
| Failure | فشل |
| False positive | خطأ إيجابى |
| Fear | خوف |
| Feebleminded | ضعف عقل |
| Feeding and eating disorders | اضطراب الاكل |
| Finger Oscillation Test | اختبار تذبذب الإصبع |
| Finger Tapping Test | اختبار الطرق بالإصبع |
| Fixed | ثابت |
| Fixed sequence | تتابع ثابت |
| Flexible | مرن |
| Flooding | اغراق |
| Flow chart | مخطط بيانى |
| Focal | بؤرى |
| Forensic Psychology | علم النفس الشرعى |
| Forensic | شرعى |
| Forensic testimony | شهادة شرعية |
| Frontal lobe | فص جبهى |
| Full remission | شفاء تام |
| Functional System Analysis | تحليل وظيفى |
| Function | وظيفة |

## G

| | |
|---|---|
| General neuropsychological deficit | مقياس الآفات النفس عصبية العام |

| | |
|---|---|
| Scale (GNDS) | |
| Generative mechanism | آلية توليد |
| Genetic | ولادى |
| Gestalt therapy | علاج جشطالتى |
| Gilles de la Tourette syndrome | زملة جيل دى لاتورت |
| Global assessment of functioning (GAF) | تقييم مجمل الأداء |
| Goodness of fit | حسن الملاءمة |
| Grandiosity | مشاعر عظمة |
| Graphesthesia | إحساس كتابى |
| Gross abilities | قدرات كبرى |
| Guessing | تخمين |
| Guidelines | مؤشرات |

## H

| | |
|---|---|
| Halstead impairment index | مؤشر هالستيد للعطب |
| Halstead- Wepman Aphasia Screening Test | اختبار هالستيد ويبمان لمسح الأفازيا |
| Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD) | مقياس هاميلتون لتقديرات الاكتئاب |
| Hardware | بنية صلبة (للكمبيوتر) |
| Head injury | إصابة دماغية |
| Hierarchy | متدرج أو تدرجى |
| Higher Cortical Functions | الوظائف المخية العليا |
| Histrionic personality disorder | اضطراب الشخصية الهيسترية |
| Homelessness | تشرد |
| Humanistic therapy | علاج إنسانى |
| Humanistic therapy approaches | مناحى العلاج الإنسانى |
| Huntington disease | مرض هنتنجتون |
| Hyperactive | مفرط النشاط |

| | |
|---|---|
| Hyperactivity | إفراط فى النشاط |
| Hypercriticalness | إفراط فى النقد |
| Hypnosis | تنويم |
| Hypothetic-deductive construct | بنية فرضية استدلالية |
| Hysteria | هيستريا |

## I

| | |
|---|---|
| ICD- 10 | التصنيف الدولى العاشر للأمراض (لمنظمة الصحة العالمية) |
| Idiocy | بله |
| Illness | مرض |
| Imagery | تخيل |
| Imaginal Presentation | عرض تخيلى |
| Imagination | خيال |
| Imitation | تقليد |
| Immunity disorder | اضطراب الجهاز المناعى |
| Impaired Autonomy and Performance | استقلالية وأداء ضعيف أو معطوب |
| Impairment | عطب |
| Impairment in function | عطب أو ضعف فى الوظيفة |
| Impairment Index | مؤشر العطب |
| Implosive therapy | علاج تفجيرى |
| Impulse- control disorder | اضطراب قهرى |
| Informats | إخبارى |
| In vivo | فى الموقف الحى |
| In vivo Assignment | مهمة حية أو واقعية |
| Inattention | عدم الانتباه أو نقص الانتباه |
| Incidental spatial learning | تعلم مكانى عرضى |

| | |
|---|---|
| Inclusion | تضمين |
| Inclusion criteria | محك تضمين |
| Incompetence | انعدام الكفاءة |
| Index of Global Cognitive Deficit | مؤشر الآفات المعرفية العامة |
| Infectious and parasitic diseases | أمراض معدية |
| Inhibition | كف |
| Inhibition of aggression | كف العدوان |
| Initial screening | مسح أولى |
| Insane | مجنون (مصطلح غير علمى) |
| Insight | استبصار |
| Instability | عدم استقرار |
| Insufficient self- control | تحكم ذاتى غير كافى |
| Integrated circuits | دوائر متكاملة |
| Intellectual Higher Cortical Function | وظائف عقلية مخية عليا |
| Intellectual Process | عملية عقلية |
| International classification of diseases (ICD- 9) | التصنيف الدولى للأمراض |
| Inter- raters reliability | ثبات ما بين المقدرين |
| Internal vs. external locus of control | مصدر ضبط داخلى ( مقابل ضبط خارجى) |
| Internship | تدريب |
| Interpersonal | تفاعل بين الأشخاص |
| Interpersonal conduct | سلوك تفاعلى |
| Inter-Raters | بين المقدرين أو المصححين |
| Intra- subject | داخل الشخص |
| Intra- subject replication design | تصميم تجريبى متكرر على الحالة الفردية |

## J

| | |
|---|---|
| Juvenile Court | محكمة الأحداث |

| | |
|---|---|
| Juvenile psychopathic | حدث سيكوباتى |

## L

| | |
|---|---|
| Laboratory Manual | دليل المختبر |
| Lag | مسافة |
| Left hemisphere | نصف المخ الايسر |
| Latency | كمون |
| Lateralization of cerebral damage | تلف مخى طرفى |
| Learned | متعلم |
| Learning disorder | اضطراب تعلم |
| Learning theory | نظرية التعلم |
| Learning theory treatment | العلاج وفق نظرية التعلم |
| Lesion | تلف |
| Light pressure sensation | إحساس بالضغط الخفيف |
| Linear composite | مركب خطى |
| Linguistic | لغوى |
| Lithium carburets | أملاح الليثيوم |
| Localization | موضعى |
| Location score | درجة الموضع |
| Loss of secondary function | فقدان وظيفة ثانوية |
| Luria-Nebraska Neuropsychological Battery (LNNB) | بطارية لوريا – نبراسكا العصبية النفسية |

## M

| | |
|---|---|
| Magnetic resonance imaging(MIR) | تصوير بالرنين المغناطيسى |
| Major depression | اكتئاب رئيس |
| Major disorder | اضطراب رئيس |

| | |
|---|---|
| Mania | هوس |
| Maniac | مريض هوسى |
| Millon Clinixal Multiaxial Inventory (MCMI) | بطارية ميلون الإكلينيكية متعددة الابعاد |
| Mediated Variable | متغير وسيط |
| Melancholia | مالنخوليا |
| Memory | ذاكرة |
| Memory score | درجة الذاكرة |
| Mental retardation | تخلف عقلى |
| Metabolic disease | مرضى أيضى |
| Mild | بسيط أو خفيف |
| Minnesota Multiphasic Personality Inventory(MMPI) | بطارية مينسوتا متعددة الأبعاد للشخصية |
| Mirror image | صورة عكسية |
| Mistrust | عدم ثقة |
| MMPI-2 | بطارية مينسوتا متعددة الأبعادللشخصية -٢ |
| MMPI-A | بطارية مينسوتا متعددة الأبعاد للشخصية -مراهقين |
| Moddsely Obsessional Compulsive Inventory | بطاريةالمودزلى للوسواس القهرى |
| Modeling | نمذجة |
| Moderate | متوسط |
| Moderated Variable | متغير معدل |
| Mood / Temperament | مزاج |
| Mood disorder | اضطراب المزاج |

## O

| | |
|---|---|
| Obsessive- compulsive disorder | اضطراب الوسواس القهرى |
| Obstructive sleep apnea | اضطراب التنفس أثناء النوم |
| Onset | بداية ظهور المرض (النوبة الأولى) |
| Operant conditioning | تشريط إجرائى |
| Orgrammatism | إبهام |

| | |
|---|---|
| Overvigilance | تنبه مفرط |
| panic attack | نوبة هلع |

## P

| | |
|---|---|
| Paranoid personality disorder | اضطراب الشخصية البرانويدية |
| Paraphasia | إطناب أو حشو |
| Partial remission | شفاء جزئى |
| Path analysis | تحليل المسارات |
| Pathognomonic Indices | مؤشرات دالة على المرض |
| Peripheral | طرفى |
| Perseveration | قصور ذاتى |
| Personality Research Form | نموذج بحث الشخصية |
| Pervasive developmental disorder | اضطراب ارتقائى |
| Pessimism | تشاؤم |
| Phase effect analysis | تحليل تأثير المرحلة |
| Phenomenological | ظاهراتى |
| Phenylalanine | فينايل اليدين |
| Phenylketonuria | فينايل كيتونوريا |
| Phlegma | بلاجما |
| Phobia | مخافة (مرضية) |
| Phoneme | وحدة صوتية صغرى |
| Pinprick Sensation | إحساس بالوخز |
| Point estimate | نقطة تقدير |
| Polysomnography | رسم المخ أثناء النوم |
| Positron-emission tomography (PET) | التصوير بالبوزيترونات |
| Post viral Encephalitic | التهاب مخى فيروسى |
| Posterior | خلفى |

| | |
|---|---|
| Posterior damage | تلف فى الفصوص الخلفية |
| Posttraumatic stress disorder | اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة |
| Practica | تدريب |
| Practicum | تدريب |
| Prefrontal | قبل الجبهى |
| Present state examination | فحص الحالة الراهنة |
| Principal diagnosis | تشخيص رئيس |
| Probabilistic | احتمالى |
| Problem Solving | حل المشكلات |
| Problem Solving Therapy | العلاج بحل المشكلات |
| Problematic | مشكل |
| Process of Therapy | عمليات العلاج |
| Processe | عملية |
| Professional psychology | علم النفس المهنى |
| Profile elevation | تحليل البروفيل |
| Prognosis | مآل (المرض) |
| Progressive Figures Test | اختبار الأشكال المتدرجة |
| Proprioception | إحساس ذاتى |
| Prospective | مستقبلى |
| Proverbs | أمثال |
| Psychoactive drug | عقار ذو تأثير نفسى |
| Psychoanalysis | تحليل نفسى |
| Psychologia | علم النفس |
| Psychological Clinic | عيادة نفسية |
| Psychomotor | نفسى – حركى |
| Psychopathology | مرض نفسى |
| Psychopharmacological agent | عامل دوائى نفسى |

| | |
|---|---|
| Psychosis | ذهان |
| Psychotherapy | علاج نفسى |
| Punitiveness | عقابية |

## Q

| | |
|---|---|
| Quadrant | تربيعة |
| Qualitative | كيفى |
| Quantitative | كمى |

## R

| | |
|---|---|
| Random Sampling model of the two independent groups | نموذج التعيين العشوائى لمجموعتين مستقلتين |
| Randomization mode | نموذج العشوائية |
| Rational - Emotional | عقلى – انفعالى |
| Reactions | رجع (أو رد فعل) |
| Receptive function | وظيفة استقبالية |
| Reciprocal inhibition | كف متبادل |
| Reconditioning | إعادة تشريط |
| Rehabilitation | إعادة تأهيل |
| Reinforcement | تعزيز أو تدعيم |
| Reitan-Indiana Aphasia Screening Test | اختبار ريتان – إنديانا لمسح الأفازيا |
| Reitan-Klove Lateral Dominance Examination | اختبار ريتان – كلوف لفحص الطرف المهيمن |
| Reitan-Klove Sensory-Perceptual Examination | اختبار ريتان – كلوف الحسى الحركى |
| Relaxation | استرخاء |
| Relaxation training | تدريب على الاسترخاء |
| Response Competition | تنافس الاستجابات |
| Response Prevention | منع الاستجابة |

| | |
|---|---|
| نمط الاستجابة | Response style |
| تخلف | Retardation |
| ارتجاعى | Retroflect |
| استعادى | Retrospective |
| إيقاع | Rhythm |
| نصف المخ الأيمن | Right hemisphere |
| عامل خطر | Risk factor |
| لعب الأدوار | Role Play |
| اختبار رورشاخ لبقع الحبر | Rorschach ink blot test |
| تدوير | Rotation |
| نموذج تدوير | Rotation model |
| بطارية اختبارات روتينية | Routine Battery |
| الجمعية الطبية النفسية الملكية | Royal Medico- Psychological Association |

## S

| | |
|---|---|
| قائمة الاضطرابات الوجدانية والفصام | Schedule for Effective Disorder and Schizophrenia (SAPS) |
| مخطط | Schemata |
| اضطراب الشخصية شبه الفصامية | Schizoid Personality Disorder |
| فصام | Schizophrenia |
| شخصية فصامية النمط | Schizotypal Personality |
| عالم – ممارس (نموذج الأخصائى الإكلينيكى) | Scientist - Practioner |
| اختبار سيشور للإيقاع | Seashore Rhythm Test |
| اختبار سيشور للموهبة الموسيقية | Seashore: Tests of Musical Talent |
| مكاسب ثانوية | Secondary gains |
| لوحة سيجوين – جودارد | Seguen-Goddard Form Board |
| العلاج بالتعليمات الذاتية | Self - instruction therapy |

| | |
|---|---|
| Self- disclosure | انغلاق ذاتى |
| Self efficacy | فعالية شخصية |
| Self -Report | تقرير ذاتى |
| Self-diagnosis | تشخيص الشخص لنفسه |
| Self-Sacrifice | تضحية بالذات |
| Seminar | حلقة بحث |
| Sensation | إحساس |
| Sensorimotor | حس حركى |
| Sensory- Perceptual | حس إدراكى |
| Sequenceing ability | قدرة على التعقب المتسلسل |
| Serial dependency | عدم استقلالية التتابع |
| Serial Measurement | قياس تتبعى |
| Set of acts | مجموعة أفعال |
| Severe | حاد (أعراض) أو مرض حاد |
| Sexual and gender identity | هوية جنسية |
| Shame | خزى |
| Shaping | تشكيل |
| Sign | علامة (على المرض) |
| Similar | مشابه |
| Simulation Modeling Analysis | تحليل نماذج المحاكاة |
| Single case experimental design | تصميم تجربة الحالة المفردة |
| Single-photon emission computed tomography (SPECT) | التصوير ببث فوتون مفرد |
| Sixteen Personality Factors (16PF) | عوامل الشخصية الستة عشر |
| Sleep disorder | اضطراب النوم |
| Slope | انحدار |
| Snijders-Oomen Non-verbal Intelligence Scale | مقياس سنيدجر – أومن غير اللفظى للذكاء |

| | |
|---|---|
| Social desirability | مرغوبية اجتماعية |
| Social isolation | عزل اجتماعى |
| Social learning | تعلم اجتماعى |
| Social reinforcement | تعزيز اجتماعى |
| Social Skill | مهارة اجتماعية |
| Software | بنية رقيقة (بنية برمجة للكمبيوتر) |
| Somatic complaint | شكوى عضوية |
| Somatoform disorder | اضطراب ذو طبيعة عضوية |
| Sources of errors | مصدر أخطاء |
| Spatial span | مدى مكانى |
| Speech-sound perception test (SSPT) | اختبار إدراك الأصوات والكلام |
| Spontaneous recovery | شفاء تلقائى |
| Stable entities | كيانات مستقرة |
| Standard error of measurement | الخطأ المعيارى للقياس |
| Standards of ethical behavior for psychologists | معايير السلوك الاخلاقى للأخصائيين |
| State- Trait Anxiety Inventory (STAI) | بطارية قلق السمة – الحالة |
| Stepwise | تحليل متتابع |
| Sterognostic sensory ability | القدرة على الإحساس بالجسم |
| Strength of grip | قوة قبض اليد |
| Stroke | جلطة مخية |
| Structural equation modeling (SEM) | معادلة بنائية |
| Structure Analysis of social behavior scale | مقياس التحليل البنائى للسلوك الاجتماعى |
| Subjugation | خضوع |
| Subtype | نمط فرعى |
| Successive approximation | تقريب متتالى |
| Suicide probability Scale | مقياس احتمالات الانتحار |
| Summary scale | مقياس مختصر |

| | |
|---|---|
| Syllable | مقطع |
| Symbol copy | نقل الرموز |
| Sympathetic support | دعم عاطفى أو وجدانى |
| Symptom oriented battery | بطارية فحص الأعراض |
| Symptom Substitution | عرض بديل |
| Symptom | عرض |
| Syndrome | زملة مرضية (مجموعة أعراض) |
| Systematic desensitization | تسكين نظامى |
| Systematic inversion | تقليب منتظم |

## T

| | |
|---|---|
| Tactile | لمسى |
| Tactile direction sense | الإحساس اللمسى بالاتجاه |
| Tactile finger identification | التعرف بملمس الإصبع |
| Tactile kinesthetic feedback | عائد لمسى حركى |
| Tactual Performance Test (TPT) | اختبار الأداء اللمسى |
| Tactual-Perceptual functioning | أداء حس – حركى |
| Tangential | حديث عرضى |
| Temper Tantrum | سورة غضب |
| Temporal lobe epilepsy | صرع الفص الجبهى |
| The General Neuropsychological Deficit Scale (GNDS) | مقياس الآفات النفسية العصبية العام |
| The Halstead Impairment Index | مؤشر هالستيد للضعف |
| The Halstead- Reitan Neuropsychological Test Battery | بطارية هالستيد – ريتان النفسية العصبية |
| The Psychological Clinic | العيادة النفسية |
| The Rotter incomplete sentences blank | اختبار روتر لتكملة الجمل |

| | |
|---|---|
| The Society of Experimental Psychologists | جمعية علماء النفس التجريبيين |
| The Wide Range Achievement Test-3 | اختبار التحصيل الشامل -٣ |
| Thematic Apperception Test (TAT) | اختبار تفهم الموضوع |
| Thinking disorder | اضطراب التفكير |
| Tic disorder | اضطراب الخلجات |
| Tic | خلجة |
| Time series | سلاسل الوقت |
| Token Economy | عمله رمزية |
| Tolerate | يفصل أو يصمم خصيصا |
| Track model | نموذج المسار |
| Trail Making Test | اختبار التوصيل بين الدوائر |
| Two-point Discrimination | التمييز بين نقطتين |

## U

| | |
|---|---|
| Undeveloped self | ذات غير متطورة |
| Unipolar | أحادى البعد |
| Unitary Phobias | مخافة أحادية |
| Univariate | تباين أحادى |
| Univocality | أحادى البعد أو المعنى |
| Unrelenting Standards | معايير قاسية |
| Untestable | غير قابل للاختبار |

## V

| | |
|---|---|
| Validated battery | بطارية محققة الصدق |
| Vascular | وعاء دموى |
| Visouspatial neglect | إهمال بصرى مكانى |
| Visual agnosia | عمه بصرى |

| | |
|---|---|
| Visual | بصرى |
| Vulnerability to harm | استهداف للأذى |

## W

| | |
|---|---|
| **Wais-R** | اختبار وكسلر المعدل لذكاء الراشدين |
| Wechsler Adult Intelligence Scale- Revised as a neuropsychological instrument | اختبار وكسلر المعدل للراشدين – الصورة النفس عصبية |
| Wide Range Achievement test- Revised (Wrat-R) | اختبار الأداء الشامل – المراجع |
| **Wisc- R** | اختبار وكسلر المعدل لذكاء الأطفال |
| World Health Organization (WHO) | منظمة الصحة العالمية |
| **Wppsi** | اختبار وكسلر لأطفال مرحلة ما قبل المدرسة |
| Writing (C7) | اختبار كتابة |